



Universidad  
Latina

**UNIVERSIDAD LATINA S.C.**

**INCORPORADA A LA UNAM**

---

---

**TESINA**

**“PROPUESTA DE TALLER DE EDUCACIÓN SEXUAL Y SALUD  
REPRODUCTIVA PARA PERSONAS DE ENTRE 10 A 18 AÑOS QUE PRESENTAN  
DISCAPACIDAD COGNITIVA LEVE Y MODERADA”**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

***LICENCIADA EN PSICOLOGÍA***

**PRESENTA:**

**VIRIDIANA GONZÁLEZ RAMÍREZ**

**ASESOR:**

**MTRO. NINO ALBERTO ARENAS MONDRAGÓN**

**CIUDAD DE MÉXICO, AGOSTO DE 2016.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## ÍNDICE.

INTRODUCCIÓN.....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	14
JUSTIFICACIÓN.....	15
OBJETIVOS.....	21
CAPÍTULO I: DISCAPACIDAD.....	22
1.1 Tipos de discapacidad.....	25
CAPÍTULO II: DISCAPACIDAD COGNITIVA.....	27
2.1 Grados de discapacidad.....	38
2.2 Causas de la discapacidad.....	39
2.3 Comorbilidades.....	41
2.4 Mitos recurrentes de la discapacidad.....	42
CAPÍTULO III: FAMILIA Y DISCAPACIDAD.....	47
3.1 Rol del discapacitado en la familia.....	50
CAPÍTULO IV: INTRODUCCIÓN A LA SEXUALIDAD.....	52
4.1 Diferencias entre los conceptos de sexo, género y relaciones coitales.....	55
CAPÍTULO V: SEXUALIDAD EN EL DISCAPACITADO.....	58
5.1 Derechos humanos y sexuales.....	64
5.2 Afectividad en las personas con discapacidad.....	65
5.3 Autoestima.....	66

5.4 Esterilización ¿Única opción? .....	68
5.5 Conductas sexuales. ....	69
5.6 Masturbación y otras formas de liberación libidinal.....	70
5.7 Matrimonio y paternidad. ....	71
5.8 Homosexualismo.....	73
CAPÍTULO VI: EDUCACION ESPECIAL EN MÉXICO. ....	75
6.1 Educación informal. ....	77
6.2 Educación formal. ....	80
6.3. Características del educador. ....	80
CAPÍTULO VII: EDUCACIÓN SEXUAL EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN MÉXICO. ....	83
CAPÍTULO VIII: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN MÉXICO. ....	90
8.1 Abuso sexual. ....	92
CAPÍTULO IX: PROPUESTA DE TALLER DE ORIENTACION EN EDUCACION SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA PARA PERSONAS DE ENTRE 10 A 18 AÑOS QUE PRESENTAN DISCAPACIDAD COGNITIVA LEVE Y MODERADA. ....	94
9.1 Objetivos generales.....	94
9.2 Aprendizajes esperados: .....	94
9.3 Metodología.....	96
9.4 Recursos materiales.....	97
CONCLUSIONES.....	168
REFERENCIAS.....	172

ANEXO 1 .....	181
EVALUACION DIAGNOSTICA PARA INDIVIDUOS CON DISCAPACIDAD .....	181
ANEXO 2.....	183
CUESTIONARIO A PADRES.....	183

## INTRODUCCIÓN.

El objetivo general de la presente tesina es implementar talleres referentes a la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad cognitiva en niveles que partan de leve a moderado y para que estos funcionen se pretende concientizar a la población, haciendo un especial hincapié en que la creación e impartición de los mismos debe de concernir al pueblo mexicano en general, no sólo debe de ser obligación de los gobiernos o de las familias que posean a un miembro con estas características.

Se busca que estos talleres trabajen como fuente de sensibilización y reflexión a mirar con naturalidad a todo lo que tenga que ver con estos procesos humanos.

Esto promovería el respeto a la construcción y práctica de la sexualidad de cada individuo, adecuar temas de índole sexual al plan de estudios de las escuelas públicas y privadas, puede fomentar que los prejuicios se deshagan, provocar valores acerca de que todo es válido siempre y cuando no transgreda a un tercero, de que si bien cada persona tiene derecho a explotar y construir su sexualidad como mejor le parezca se debe de tener muy claro que nadie tiene derecho a lastimar a otra persona.

Complementado lo anterior es importante crear conciencia a los padres de familia que su participación en la educación de sus hijos en todos los aspectos, es elemental y sustancial, sin su incorporación y ayuda no se podrían realizar transformaciones básicas y necesarias para que sus

hijos se puedan realizar y desarrollar como individuos independientes, sanos, respetuosos y felices.

A lo largo de la presente tesina se desplegaran diversos capítulos que pretenden crear consciencia y reflexión acerca del tema, en el Capítulo I se aborda el tema de la discapacidad de forma generalizada, se analiza lo dicho por las entidades de salud más importantes a nivel mundial y nivel federal. Sumado a lo anterior también se exponen los diferentes tipos de discapacidades que manejan las Instituciones Mexicanas.

En el Capítulo II se explicara los conceptos que caracterizan a la discapacidad cognitiva, como grado, causas y comorbilidades. También se mostraran aspectos sociales como los mitos o prejuicios que se presentan en las personas que tienen discapacidades cognitivas.

En el Capítulo III se presentara el rol del discapacitado en la familia, los procesos y modificaciones que se exteriorizan en la familia cuando llega un integrante con discapacidad. Se pretende hacer una reflexión acerca de los procesos a los que se puedan enfrentar y cómo manejarlo en la sociedad que los rodea.

Posteriormente se presentara el tema de la educación sexual en México donde se considera desde el carácter legal hasta las aportaciones que ha desarrollado la Secretaria de Educación Pública y la Secretaria de Salud.

También se realiza una investigación del tema sexualidad, en este bloque se explicara diferencias entre conceptos básicos de sexualidad y la concepción de la misma desde distintas visiones desde la religiosa hasta la biológica, además de la evolución del mismo concepto a través del tiempo, sumando la visión que se tiene de la sexualidad en los discapacitados cognitivos desde el ámbito legal, social y cultural.

En el penúltimo capítulo se tomara en cuenta temas que atañen a la salud sexual y reproductiva enfocada en las personas que presentan discapacidad cognitiva, se buscara generar conciencia acerca de lo importante que es que este grupo reciba información sobre salud sexual, pretendiendo que sirva como un factor de protección para prevenir abusos y que puedan construir una vida sexual plena y saludable.

El último capítulo describirá la Propuesta del “Taller de educación sexual y salud reproductiva para personas que presentan discapacidad cognitiva leve y moderada, se espera sirva de sensibilizador para que se desarrolle conciencia sobre las necesidades de los grupos minoritarios, además de que se busca crear intervenciones que mejoren las condiciones de vida de este grupo.



## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Según la Organización Mundial de la Salud mil millones de personas, o sea, un 15% de la población mundial, padece algún tipo de discapacidad (OMS, 2015).

Katz, Rangel y Lazcano (2010) exteriorizan que en “México el Instituto de Desarrollo Social (INDESOL) realiza una investigación en el 2010 donde expresa que 2, 925,000 personas presentan una discapacidad” (p. 1).

En el mismo año el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) reporto en el censo de población y vivienda, que 5 millones 739 mil 270, lo que representa 5.1% de la población total mexicana, presenta algún tipo de discapacidad, 49% son hombres y 51% mujeres (INEGI, 2010).

A simple vista se puede notar el alto índice que arrojan las investigaciones de estas dos Instituciones Mexicanas acerca de la presencia de algún tipo de discapacidad en hombres y mujeres mexicanos, al ser un tema que incurre un alto índice de población, se puede interpretar como un tema de salud pública que concierne a la sociedad en general y por este motivo se deberá plantear intervenciones que propongan un cambio sustancial para las personas que presenten esta condición.

Para que se cubran las necesidades que como cualquier otro ciudadano tiene, así como la aplicación de sus derechos y obligaciones.

Si se observara la infraestructura mexicana, los planes de estudio, los servicios de transporte público, se denotaría que las necesidades del ciudadano discapacitado no son cumplidas de manera eficiente, desde ese momento ya no se están cumpliendo ni respetando sus derechos constitucionales a los que es acreedor.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud propone la siguiente definición sobre el concepto de discapacidad, “se entiende discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación” (OMS (2015), esta sólo es una definición sobre el tema, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V,2014) la concibe como un trastorno del desarrollo que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo de los dominios conceptual, social y práctico, se puede inferir que existen diversos modos de describir la discapacidad cognitiva, pero en lo que sí coinciden es en las limitantes significativas en el funcionamiento intelectual.

Durante el desarrollo de esta tesina se descubre que aunque el tema de discapacidad ha sido objeto de múltiples exploraciones y estudios, se ha dejado a un lado el ámbito de la persona como ser social, y no se toma en cuenta las necesidades afectivas y de desarrollo personal que la persona discapacitada pueda llegar a presentar. Por esta razón es que se decide tomar el tema de salud sexual y reproductiva en las personas con discapacidad cognitiva.

De acuerdo con Amor Pan (1997) las personas que forman parte de un grupo minoritario como este suelen presentar retraimiento y presentar poca autonomía, esto se debe a que

usualmente su núcleo familiar no fomenta la adhesión y comunicación con personas fuera de su círculo social, para lograrlo se debe de fomentar habilidades para que pueda desarrollarse adecuadamente con su medio.

Estas situaciones hacen complejo el sano desarrollo de su sexualidad así como el de su autoestima, auto valía y habilidades sociales, entre otros, pero se recordara que la sexualidad es parte de la vida de todos los seres vivos, se pertenece a ella desde que se nace, el sexo, género, orientación sexual, manifestaciones eróticas e interacción con los demás, son temas inherentes, intransferibles e inamovibles de todo ser vivo, por ello es importante romper los estigmas que fluyen alrededor del tema.

Todo sujeto, no importando condición social, económica, cultural y nivel cognitivo, pasa por el proceso de desarrollo físico, por ello es imperiosa la intervención de psicólogos, educadores, padres de familia, gobiernos, servicios de salud y educación, se debe de generar un compromiso con y para la población en general, pues la sexualidad como ya se mencionó, converge con el ser humano y los gobiernos están obligados a abastecer de todas las herramientas posibles a la población para que tenga una vida mejor.

Krafft-Ebing señala que “el sexo es un instinto todopoderoso que exige cumplimiento en contra de lo que proclama la moral, las creencias y las restricciones sociales” (Krafft-Ebing citado por Weeks, 1998, p. 28), bajo esta aseveración es que se realiza la siguiente tesis, se busca educar a la sociedad en el ámbito de la sexualidad, que se construya un concepto propio, natural

dejando prejuicios, tradiciones y situaciones que nieguen el practicar una sexualidad plena en todo aspecto.

El tema de sexualidad en personas discapacitadas cognitivamente puede resultar incómodo o hasta un tema censurado, por lo poco explorado se puede llamar que es un tema casi virgen, muy pocos autores se han atrevido a hablar abiertamente sobre esta temática y muchos otros lo limitan al aspecto biológico y no terminan por reconocer las múltiples representaciones de la sexualidad humana.

Globalmente se presentan serios problemas alrededor del tema de la sexualidad, como embarazos precoces y no deseados, abuso sexual, discriminación sexual, falta de higiene y salud sexual, esto se debe a que la información referente al tema es limitada o inexistente (OMS, 2009).

Por estas razones es fundamental la aplicación de talleres de índole sexual y salud reproductiva que provean información correcta, veraz y objetiva desde las primeras etapas de desarrollo, como consecuencia los índices de embarazos adolescentes no deseados disminuirían, además de abusos, violaciones y tabúes agregado a la reducción de prejuicios y restricciones que confluyen con la sexualidad.

En algunos países, entre ellos España, Argentina y Estados Unidos, ya han implementado talleres enfocados a las necesidades humanas de su población, han creado planes de acción para fomentar la salud sexual, entre ellos las personas que presenten discapacidades, estas

intervenciones han funcionado de manera positiva en sus países, pues han fortalecido a las personas discapacitadas proporcionándoles herramientas para que ellos se vuelvan más independientes, además de que pueden vivir una vida sexual satisfactoria y agradable, formando así individuos que puedan expresarse como todos tenemos derecho de hacerlo (Garvia, 2011, Tallis, 2006, Braxley y Zendell , 2005, Edwards y Elkins,1988 & Amor Pan,1997).

En México no existen este tipo de intervenciones, se podría señalar que es uno de los países donde el ámbito sexual se mitifica, no es un tema que sea comúnmente discutido en las sobremesas de las familias mexicanas, a pesar de ser un país rico en diversidad de culturas, pensamiento, usos y costumbres, tradiciones, idiomas y creencias, es muy cerrado en cuanto a la transmisión sin prejuicios de los temas de índole sexual, aunque esto ya ha ido cambiando al paso de los años.

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos del Distrito Federal (CNDHDF) vela por los derechos sexuales y reproductivos de los ciudadanos y ciudadanas mexicanos, pero estos son desconocidos para la mayoría de los mexicanos, puesto que no son transmitidos en las escuelas, ni existen talleres que fomenten la enseñanza de la sexualidad humana, estos últimos servirían para tener información completa y veraz, esto ayudaría a reducir embarazos adolescentes no planeados, además de las múltiples enfermedades de transmisión sexual que se puedan presentar (CNDHDF,2010).

Asociado a esta situación como se mencionó existen derechos sexuales para hombres y mujeres, la CNDHDF hace la separación de los mismos, en derechos sexuales para hombres,

mujeres y adolescentes, pero al cuestionarle acerca de los derechos sexuales de las personas discapacitadas, la institución menciona que no existen, esto demuestra lo poco interesadas que están las instituciones gubernamentales mexicanas al crear programas que impulsen el cuidado integral de los grupos minoritarios, que también forman parte de la sociedad y que son ciudadanos como cualquier otro.

No otorgarle derechos sexuales a las personas discapacitadas, como se les permite a las personas regulares, las excluye y desprotege, además de que se podría inferir esta información en que las personas con capacidades diferentes no fuesen consideradas como personas sexuales con pleno desarrollo y necesidades al igual que los demás. Un discapacitado cognitivo es una persona tan sexual como cualquier otra, esta situación es discriminatoria y no sólo se presenta en este grupo vulnerable, según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2010).se presenta en otros con o sin discapacidad mental, como los grupos indígenas, los migrante, entre otros.

La UNFPA (2010) menciona que México ocupa el octavo lugar en el mundo y primero en América Latina entre los países con mayor número de pueblos indígenas, un índice muy alto, debido a la diversidad de lenguas, costumbres y tradiciones, presentación de varios tipos de pensamiento que rigen a cada comunidad, pueden llegar a presentarse tabúes, los ciudadanos tienden a realizar prácticas sexuales de alto riesgo, el manejo y difusión de información veraz y completa ayudaría a que este grupo tuviera un mejor nivel de vida y de salud.

## PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

1. ¿El sistema de valores y creencias que rodea a la sociedad y en particular a la familia mexicana no permite que las personas con capacidades diferentes llámese discapacidad intelectual gocen de una sexualidad plena y sana?
2. ¿Qué es sexualidad en el discapacitado intelectual?
3. ¿La persona con discapacidad intelectual puede tener una vida sexual propia?
4. ¿Cómo es la sexualidad en el discapacitado intelectual?
5. ¿Las personas con discapacidad intelectual tienen los mismos derechos sexuales que las personas que no lo son?
6. ¿La sexualidad de las personas con discapacidad intelectual es igual a la de todos?
7. ¿Las personas que presentan necesidades especiales son capaces de experimentar una vida sexual natural y sana?

## JUSTIFICACIÓN.

Se toma la decisión de desarrollar la tesina acerca de la sexualidad en las personas con discapacidad cognitiva, ya que durante la formación que se tuvo en la carrera de Psicología, se realizó una investigación sobre las diferentes interacciones sociales que se presentan en las personas con diferentes discapacidades, esta investigación se desarrolló para la materia de Psicología Social, esta práctica permitió vivenciar los prejuicios, tabús, poca o nula información sobre el tema antes referido.

Se recuerda que al llegar al Centro de Atención Múltiple N° 36, lugar donde se llevó a cabo la investigación, se notó a simple vista las condiciones tan limitadas que presenta la escuela en cuanto a infraestructura y materiales didácticos, en el transcurso del día, se logra observar los numerosos tipos de interacciones sociales que se presentan dentro del Instituto.

La mayoría de los estudiantes mostraban manifestaciones de afecto entre sí además de que se observó que existían parejas heterosexuales y homosexuales, entonces al notar esta situación surgió una incógnita, ¿Se impartirán clases de educación sexual en esta Institución?, y al querer resolver esta cuestión, se realiza un acercamiento hacia la directora del plantel y se le presenta la duda, ella desconcertada e incómoda comentó que no, que era impensable impartir ese tipo de asesoramiento a personas con esa condición, pues ni siquiera lo entenderían, esta respuesta no fue satisfactoria y se siguió interrogando al respecto.



Se le comentó que si en alguna ocasión se había presentado alguna situación de abuso sexual o violación en algún miembro del alumnado, y no con mucho agrado menciona que se había presentado una situación de violación en una alumna que tuvo como consecuencia un embarazo no deseado.

Se le manifestó la imperiosa necesidad de crear alguna clase que les proveyera a la comunidad estudiantil información acerca de su sexualidad, de esta manera brindar conocimientos y herramientas para prevenir abusos y violaciones, ante la sugerencia la Directora, no se mostró receptiva ni interesada.

Posterior a la conversación con la directora, se llegó a la conclusión de que resulta realmente impensable la idea de concebir a las personas como seres sexuales, no importando posición social, cultura, estatus económico, edad cronológica, origen étnico, ni discapacidad.

Como seres sociales existe la imperiosa necesidad de crear lazos afectivos, el expresar sentimientos, compartir vivencias, ser deseados, tener momentos recreativos, tener amigos y pareja, son derechos que cualquier persona debería de ser capaz de poder vivir y no ser juzgada por ello.

A manera de contextualizar este tipo de discriminación, se toma en cuenta una anécdota del propio autor de esta tesina, puesto que dentro de su núcleo familiar existe un integrante que presenta discapacidad cognitiva moderada, la discriminación que se juega en esta familia va desde el ámbito familiar, puesto que algunos miembros de la familia lo miran como un niño

eterno, una persona imposibilitada e incompleta, este tipo de pensamiento lleva a que a la persona que presenta la discapacidad se le disculpe por no querer apoyar en actividades propias de su edad, que además no se le permita verse como un ser con capacidades únicas que le permitirían ser funcional en su contexto.

A su vez existe otro lado de la familia que lo ve como una persona que puede desarrollarse en un ambiente si se le proporcionan las herramientas indicadas, con fortalezas y áreas de oportunidad, que pueden potencializarse con el acompañamiento adecuado, agregado a que se le respetan sus necesidades de desarrollo que ha presentado, puesto que a través de los años, su desarrollo biológico a seguido de manera normal, a pesar de su edad mental, lógicamente derivado por su discapacidad.

Para respetar sus derechos se ha optado por facilitarle información y materiales que ayuden a que viva una sexualidad sana y que tenga un modo de canalizarla, además de que se prevé algún abuso del que pueda ser objeto, o en su defecto que él sea perpetrador.

En las sociedades en general se presenta una ambigüedad en cuanto a la aceptación y desarrollo del flujo de la información, aunque se podría decir que existen avances obvios en los ámbitos de la tecnología, existen también carencias de información acerca de cómo vivir y crear un ambiente sano y feliz sobre la sexualidad, pues se tiene como sociedad mexicana un bagaje lleno de tabús, prejuicios y juicios de valor que afectan directamente el cómo se dirige una persona dentro de la sociedad. Toda esta reflexión se observa día con día en el ámbito educativo,

cultural, interacción de la familia, valores inculcados en la mayoría de las familias mexicanas, etc.

Durante el desarrollo de la presente tesina se realiza un acercamiento a diversas entidades gubernamentales, instituciones de asistencia públicas y privadas, asociaciones civiles y fundaciones que se dedican a la intervención, investigación, apoyo, cuidado y educación del tema discapacidad cognitiva en México donde se observa que si bien están dedicados a otros aspectos del discapacitado cognitivo, dejan a un lado a la persona y su relación intrínseca con la sexualidad.

Un ejemplo que demuestra lo anterior son los Centros de Atención Múltiple presentes en todo el país, enfocados supuestamente al apoyo y desarrollo integral de la persona discapacitada, eso en teoría pero la práctica es muy diferente, esta afirmación se sostiene a partir de experiencias adquiridas en el trabajo en uno de estos Centros Educativos, el personal, en su mayoría, sólo busca consumir estándares impuestos por el Estado, que pretenden cumplir su discurso de inclusión y adaptación de la educación para todo tipo de individuos.

Estos estándares siendo a veces improbables o poco realistas, que solo buscan cumplir con requisitos arbitrarios, que dan a conocer que lo único que preocupa al Estado es atender de manera dudosa la parte educativa y la integración laboral, dejando fuera de consideración las capacidades del individuo, hacer adaptaciones por medio de caso por caso, tratar necesidades básicas de los individuos, podrían ayudar a que se cumplan con los derechos que todo ciudadano mexicano tiene.

No es suficiente deslindarse únicamente dándoles apoyo monetario a las familias y paliativos a los discapacitados, deben de considerarse todos los aspectos de la persona en cuestión.

Al no ser atendido el discapacitado cognitivo de manera integral repercute en múltiples problemas de tipo social, como embarazos no planeados, violaciones, abusos, violencia, entre muchos otros y como profesionales y miembros de este colectivo es importante contribuir a que esta situación cambie.

México es un país bastante renuente a abrir canales educativos respecto al ámbito sexual, si bien existen derechos sexuales para los hombres y mujeres, no existen talleres de sexualidad obligatorios en las escuelas, ni distribución de anticonceptivos en las calles, no solo en los Centros de Salud esto serviría para reducir los embarazos precoces no planeados, además de las múltiples enfermedades de transmisión sexual que se puedan presentar.

Sumado a esta situación como se mencionó anteriormente existen derechos sexuales para hombres y mujeres, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos del Distrito Federal hace la separación de los mismos, pero al cuestionarle acerca de los derechos sexuales de las personas discapacitadas, la institución no cuenta con ellos, esto nos demuestra lo atrasado que está el país en cuanto a la educación sexual de los ciudadanos, pues ni siquiera se consideran los derechos sexuales para esta población.

La implementación de talleres o clases que fomenten la salud sexual y reproductiva de los ciudadanos ayudara a disminuir problemas de índole social, así como también para que el tema

de la sexualidad deje de ser visto como un tema que solo se cuenta a escondidas, y empiece a ser visto como un hecho natural inherente a todo ser vivo, esto servirá para que se despejen varias incógnitas y se pueda desarrollar una nueva mirada hacia este aspecto.

La información es un factor de protección para la realización de prácticas sexuales de alto riesgo, además de que será un apoyo en contra de los abusos que se pudieran sufrir o perpetrar.

## OBJETIVOS.

Objetivo general.

Implementar talleres que informen a las personas que presenten Discapacidad Cognitiva, en los niveles leve y moderado, acerca del tema de sexualidad y salud reproductiva en la Ciudad de México.

Objetivos específicos:

1. Investigar si existen actualmente artículos, libros, material, talleres que orienten a las personas con discapacidades intelectuales acerca del tema de la sexualidad.
2. Desarrollar métodos de intervención que ayuden a las personas con discapacidad intelectual leve o moderada a vivir una vida sexual sana y feliz.
3. Eliminar prejuicios e ideas negativas que se tengan en torno al tema.
4. Fomentar la distribución de conocimiento veraz y correcto acerca de la sexualidad.

## CAPÍTULO I: DISCAPACIDAD.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación (OMS, 2015)

Por su parte la Organización Mundial de la Salud señala que mil millones de personas, es decir, un 15% de la población mundial, padece alguna forma de discapacidad, englobando desde problemas visuales, sensoriales, cognitivos, motores, de lenguaje y síndromes (OMS, 2015).

“En México el Instituto de Desarrollo Social (INDESOL) expresa que 2, 925,000 personas presentan una discapacidad” (Katz, et al. 2010, p. 1). Como podemos dar cuenta esta cifra representa un número importante de la población, sin embargo cabe resaltar que forma parte de los grupos vulnerables que se presentan en el país, durante la historia del mismo han sido grupos desprovistos de servicios, infraestructura, servicios de salud y de educación que podrían proveerles de un mejor presente y futuro.

El Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad (PRONADDIS, 2009) menciona lo siguiente:

Entre los múltiples factores asociados con el tema discapacidad, el incremento demográfico y epidemiológico de la nación, está contribuyendo al aumento del número de personas con discapacidad en el mundo. En los países con esperanza de vida de 70 años, por ejemplo, las

personas pasan en promedio ocho años con alguna discapacidad, es decir más del diez por ciento de su vida (p. 15).

Ante el inminente ensanchamiento de la población en cuanto a las personas que presentan discapacidades, se deben de realizar cambios que ayuden a que las personas con esta condición tengan mejores condiciones de vida, formular talleres que ayuden a la familia a comprender mejor la capacidad desde la discapacidad, implementar programas que fomenten su desarrollo personal, físico y mental, construir infraestructura adecuada para la correcta movilización de estos individuos.

Esto serviría para que pudieran gozar de los mismos beneficios que las personas catalogadas como regulares, simplemente porque al ser seres humanos cuentan con derechos que deben de practicarse y respetarse, el hecho de presentar una discapacidad no es impedimento para que no se cumplan de manera eficiente.

Diferencia de conceptos y terminología de acuerdo con la Clasificación Internacional de Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías (CIDDM).

Egea y Sarabia (2001) proporcionan las siguientes terminologías para concebir de manera adecuada el término discapacidad y realiza una separación usando como base al CIDDM:



- La enfermedad es una situación intrínseca que abarca cualquier tipo de enfermedad, trastorno o accidente. La enfermedad está clasificada por la OMS en su Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (CIE 10).
- La deficiencia es la exteriorización directa de las consecuencias de la enfermedad y se manifiesta tanto en los órganos del cuerpo como en sus funciones (incluidas las psicológicas).
- La discapacidad es la objetivación de la deficiencia en el sujeto y con una repercusión directa en su capacidad de realizar actividades en los términos considerados normales para cualquier sujeto de sus características.
- La minusvalía es la socialización de la problemática causada en un sujeto por las consecuencias de una enfermedad, manifestada a través de la deficiencia y/o la discapacidad, y que afecta al desempeño del rol social que le es propio.
- Una deficiencia es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.
- Una discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.
- Una minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo o factores sociales y culturales) (pp. 16-17).

En la definición anterior se aprecia a la discapacidad como la falta o limitación de algún aspecto llámese función psicológica, fisiológica o cognitiva para realizar actividades que podrían

tomarse como cotidianas a personas regulares, esto considerando que no es que no puedan realizar las mismas actividades, si no que los procesos para llevarlas a cabo serían diferentes.

Pero no por ello debe de desprestigiarse o minimizar las capacidades que tiene el individuo, porque esto concurriría en imponer limitantes, solo porque se tiene la premisa de que los procesos para llevar una tarea son diferentes de una llamada persona regular, pero esto no toma en cuenta que todos presentan diferentes fortalezas o capacidades para lograr una tarea, esto lleva a que con las adecuadas adaptaciones, cualquier individuo puede llegar a cumplir cualquier tarea.

### 1.1 Tipos de discapacidad.

El concepto de Discapacidad puede ser visto de manera diversa, tomando en cuenta la idiosincrasia, enfoque, cultura, momento histórico, valores, etcétera los factores son muchos para visualizarla y vivirla.

La discapacidad se puede manifestar de diversas formas, cada una de ellas con características y tipologías propias, son tantas y tan diversas que hasta hoy en día no existe ningún documento que conjunte todas las discapacidades existentes posibles.

En México el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2001) menciona que la discapacidad presenta diversas características según su tipología y da la siguiente clasificación:

- Visión (incluso con lentes, sí procede)
- Audición (incluso con un aparato para la audición, sí procede)
- Habla (facultad para hablar)
- Movilidad (caminar, subir escaleras, permanecer de pie)
- Asir/sostener (utilizar los dedos para asir o manipular objetos)
- Aprendizaje (dificultades intelectuales, retraso)
- Dificultades de la conducta (problemas psicológicos o emocionales)
- Cuidado personal (bañarse, vestirse, alimentarse)

Probablemente esta clasificación sea de las más sencillas dentro del rubro pero es funcional, resumiendo lo dicho por el INEGI (2001) se toma como discapacidad a todo aquel problema fisiológico, psicológico, mental y de lenguaje, que se presente en cualquier persona, esta clasificación genera cambios, porque bajo esta definición cualquier persona sea considerada como discapacitada.

Condiciones que la mayoría de la población acepta y no visualiza como incapacitantes lo son, en menor o mayor grado.

## CAPÍTULO II: DISCAPACIDAD COGNITIVA.

El término de discapacidad cognitiva ha sido modificado a través del tiempo esta situación lo convierte en un concepto difícil de explicar y simplificar, en cada momento histórico se le ha dado una visión, concepto y terminología diferente, desde los diversos campos de la ciencia se le otorga una visión desigual, la discapacidad cognitiva es una condición mental que ha ido y seguirá evolucionando (Esquirol, 1856 & Amor Pan, 1997).

La deficiencia cognitiva ha sido parte de la sociedad desde sus orígenes e históricamente es vista como sinónimo de vulnerabilidad, las personas con deficiencia mental han estado expuestas a la ideología social, política, cultural, educativa, dominante en cada época histórica, han existido períodos en los que la sociedad ha dado un trato inhumano a este grupo de personas y otras que han sido más humanitarias y positivas.

Uno de los registros más antiguos de los que se tiene referencia es en el Levítico (citado por Amor Pan, 1997) que expresa lo siguiente referente de la discapacidad cognitiva:

Ninguno de tus deficientes en cualquiera de sus generaciones, si tiene un defecto corporal podrá acercarse a ofrecer el alimento de su Dios; pues ningún hombre que tenga defecto corporal ha de acercarse: ni ciego, ni cojo, ni deforme ni monstruoso, ni el que tenga roto ni el pie ni la mano, ni jorobado ni raquítico, ni enfermo de los ojos, ni el que padezca sarna o tiña, ni el eunuco. Ningún descendiente de Aarón que tenga defecto corporal puede acercarse a

ofrecer los manjares que se abrazan en honor a Yahveh. Tiene defecto; no se acercara a ofrecer alimento a su Dios (p. 38).

Desde ese momento histórico se puede inferir como se percibía al ser discapacitado, ni siquiera se le veía como una persona y como resultado se le negaba el cumplimiento de sus derechos, así como trato igualitario, era tratado como un ser inferior al resto, deshumanizándolo y despojándolo del mismo amor y acercamiento de su fe, resumiendo era un ser que se le negaba su misma existencia.

Platón en su libro la Republica (citado por Amor Pan, 1997) propagaba la siguiente idea:

Es imperiosa la necesidad del Gobierno de que los mejores cohabiten con las mejores tantas veces como sea posible, y las peores y los peores al contrario; si es que se quiere que el rebaño sea lo más excelente posible, habrá que criar la prole de los primeros (p. 38).

Este tipo de declaraciones vislumbra la idiosincrasia que imperaba en la llamada cuna de la civilización occidental, haciendo hincapié en que es pertinente que el gobierno se manifieste en contra de la sexualidad de un grupo determinado de la sociedad, esta premisa actualmente no ha sido erradicada desde su raíz, persiste en algunas personas del mundo actual.

En la investigación de Zardel (2010) presenta que los primeros reportes de retardo se ubican los griegos por el año 1552 A.C., y en los romanos por el 449 A.C., en Roma el sector pudiente

utilizaba a esta población como objetos de divertimento. En la Edad media, los que eran considerados anormales, eran olvidados, rechazados e incluso temidos.

Así es como se construye un concepto que conduce al rechazo social, al temor y hasta a la persecución de estas personas, por parte de los poderes civiles y religiosos; se les confundía con locos, herejes, embrujados, delincuentes, vagos o seres prostituidos por criaturas diabólicas.

Empieza a entretorse un cambio sustancial de la visión que se tiene de esta condición en el momento en que Esquirol (1856, reeditado en el 2007) introduce la primera transformación del concepto e introduce seis categorías sobre el retraso mental, mencionadas a continuación:

El idiota, no tiene desarrollada la masa encefálica, por lo cual no se manifiestan sus actividades, en especial las intelectuales y afectivas.

En el mismo caso se hallan todos los imbéciles.

La idiocia y la imbecilidad no son enfermedades, son vicios de conformación (...) he aquí porque no decimos que es una afección, sino un estado. Esta palabra es más genérica; (...) al paso que la afección excluiría los vicios de conformación, de desarrollo orgánico que no son enfermedades.

Los dementes tienen un estado de importancia todas las facultades, se encuentran abolidas en ellos (...).

Los maniáticos están sujetos a alucinaciones y errores de sentido de un modo general: luego no dirigen bien sus instintos, sus sentimientos, ni las percepciones que los incitan.

Por último los monomaniacos, en la línea de trastorno parcial, se hallan en el mismo caso que los maniáticos (...), puesto que están en desacuerdo sus facultades intelectuales (p. 29).

Édouard Seguin ha pasado a la posteridad como el padre de la educación especial, “dividió la deficiencia mental en cuatro niveles: idiocia, imbecilidad, debilidad mental y simpleza” (Amor Pan, 1997, p. 44). Además de que abogaba por que se les proporcionara una educación a las personas deficientes y funda varias escuelas.

Como se observa en las definiciones anteriores la discapacidad intelectual se ha ido modificando a través de los años, este fenómeno ha tenido cambios sustancialmente importantes.

Históricamente los discapacitados han sido objeto de rechazo y minusvalía, si bien su rol en la sociedad ha ido evolucionando, pues pasaron de ser considerados objetos de burla a seres antinaturales, hasta personas que pueden rehabilitarse, esto sugiere que la discapacidad no es vista como algo natural, si no como algo curable por ende como enfermedad.

La aversión hacia este grupo ha sido constante y como consecuencia han sido obligados a que se les confine a su hogar o a una institución, excluyéndolos de una sana integración social, esta situación puede dar pie a que no sean tomados como parte de la sociedad, y por el simple hecho de que son seres humanos son seres sociales.

En 1837 el Diccionario de Medicina establecía la siguiente definición de lo que actualmente conocemos como discapacidad cognitiva (Amor Pan, 1997):

La idiocia supone una ausencia de facultades mentales y afectivas y una nulidad casi absoluta de las funciones cerebrales (...) Es vano pretender combatir la idiotez. Para que pudiese establecerse el ejercicio intelectual, sería necesario cambiar la conformación de unos órganos que están fuera del alcance de toda intervención (p. 43).

En la actualidad la Asociación Americana del Retraso Mental (AAMR ,2002) nos dice que el retraso mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa que se manifiesta en habilidades adaptativas, conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años.

La AAMR (2002) propone 5 premisas para entender la definición de discapacidad intelectual:

Premisa 1: las limitaciones en el funcionamiento presente deben de considerarse en el contexto de ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura.

Premisa 2: una evaluación válida ha de tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y comportamentales.

Premisa 3: en un individuo las limitaciones a menudo coexisten con las capacidades.

Premisa 4: un propósito importante de describir limitaciones es desarrollar un perfil de los apoyos necesarios.

Premisa 5: si se le ofrecen los apoyos apropiados durante un periodo prolongado, el funcionamiento vital de la persona con retraso mental generalmente mejorará (pp. 25-26).



Estas premisas buscan que las personas reflexionen acerca de los supuestos que se manejan sobre las personas discapacitadas, puesto que una persona con estas características no es sinónimo de persona imposibilitada, al contrario es igual de receptiva que una persona que se encuentra en los parámetros de normalidad, aunque claro se debe de realizar adaptaciones al material didáctico que se le proporcione además de tomar en consideración varios puntos como el medio en el que el individuo se desarrolla, si ha tenido contacto con programas de aprendizaje anteriormente aunado a detectar debilidades del individuo para desarrollar apoyos que requiera.

La AAMR (2002) presenta una clasificación llamada Sistema ILEG, donde se clasifican las discapacidades mentales dependiendo de la intensidad de los apoyos que necesite la persona, es decir, no se toma como referencia el Coeficiente Intelectual:

Las siglas ILEG corresponden al tipo de necesidades, que pueden ser intermitentes, limitadas, extensas o generalizadas.

Se tomaron los siguientes factores para desarrollar este sistema:

- Duración cuanto tiempo se necesita el apoyo.
- La frecuencia cada cuando se necesita.
- Contexto ámbitos en los que se necesita el apoyo.
- Recursos que se requieren, tanto materiales como humanos.
- Grado de intromisión en la vida del individuo.
- La intensidad de los apoyos necesarios dependerá de cada caso y variará dependiendo el momento de vida.

Según las cuatro intensidades anteriormente mencionadas, los apoyos se podrán definir como:

Intermitentes: se proporcionan en el momento concreto en el que sea necesario.

1. Limitados: se ofrecen durante un tiempo determinado.
2. Extensos: se producen regularmente en algunos ambientes.
3. Generalizados: son constantes, de elevada intensidad y se proporcionan en muchos ambientes (pp. 187-189).

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V, 2014) se establecen los siguientes puntos para diagnosticar una discapacidad cognitiva:

La discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo) es un trastorno que comienza durante el periodo de desarrollo que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo de los dominios conceptual, social y práctico. Se deben cumplir los tres criterios siguientes:

- A. Deficiencias de las funciones intelectuales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia, confirmados mediante la evaluación clínica y pruebas de inteligencia estandarizadas individualizadas.
- B. Deficiencias del comportamiento adaptativo que producen fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social. Sin apoyo continuo, las deficiencias adaptativas limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente en múltiples entornos tales como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad.

C. Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el período de desarrollo.

Estos puntos se explican con mayor detalle en la edición anterior DSM IV-TR (2014), aquí se da mayor notoriedad al coeficiente intelectual, donde se proporcionaban los siguientes criterios de diagnóstico:

A. Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio: un Coeficiente Intelectual (CI) aproximadamente de 70 o inferior en un test de CI administrado individualmente (en el de niños pequeños, un juicio clínico de capacidad intelectual significativamente inferior al promedio).

B. Déficit o alteraciones de ocurrencia en la actividad adaptativa actual (eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y su grupo cultural), en por lo menos dos de las áreas siguientes: comunicación personal, vida doméstica, habilidades sociales e interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.

C. El inicio es anterior a los 18 años.

En otras palabras la discapacidad cognitiva está caracterizada por limitantes significativas en el funcionamiento intelectual, que se manifiesta en habilidades conceptuales, sociales y prácticas.

La discapacidad se puede detectar a través de test aunque no es un método infalible, se considera que su mejor representación son las puntuaciones del CI, no obstante se debe

considerar otros factores. El criterio para considerar que existe discapacidad cognitiva es cuando una puntuación se aleja dos desviaciones típicas por debajo de la media.

Tallis, Casarella y Grañana (2006) identifico que existe un significativo atraso en el diagnóstico de los retardos mentales:

Mientras que las patologías motoras se identifican en una edad promedio de 14 meses y en más del 90% de los casos son médicos quienes las establecen, en el retardo mental se diagnostican en una edad promedio de 39 meses y solo un 75% de las veces es el medico quien es el medico el que hace el reconocimiento. El llanto, la irritabilidad extrema o apatía y sueño excesivo, calidad en la mirada, sonrisa social, interés por los objetos y las personas también son posibles indicativos de retraso mental (p. 31).

Apoyando estos datos Katz et al. (2010) exhibe que “la detección temprana de las discapacidades cognitivas es rara e incluso inexistente en países de medianos ingresos como México” (p. 1).

Se puede determinar que es de las discapacidades más complejas y difíciles de detectar en países como México porque no se cuenta con recursos suficientes, cultura de prevención, así como información necesaria para poder diagnosticar oportunamente, se necesita crear herramientas y promover cursos educativos que optimicen la detección de esta discapacidad y facilitar atención acertada al discapacitado y la familia del mismo.

El INEGI (2010) realizó un censo de población y vivienda, en el cual se exterioriza que 5 millones 739 mil 270, lo que representa 5.1% de la población total mexicana, presenta algún tipo de discapacidad, 49% son hombres y 51% mujeres. Es preciso recalcar que las cifras son muy altas y solo muestran resultados crudos sin realizar ningún tipo de investigación profunda que muestre el porcentaje de individuos que tengan acceso a centros de salud, información, educación, medicamentos, terapias necesarias dependiendo su discapacidad, englobando se desconoce si se cubren las necesidades básicas a las que tiene derecho.

Otra problemática es que no se tienen cifras exactas, el INEGI ofrece sólo el porcentaje de personas con discapacidad en México, y cuantas de ellas son hombres y cuantas mujeres, esto como consecuencia a que no se han realizado censos especializados para determinar en primera instancia una separación de las diversas tipologías y el porcentaje presente de cada una, las necesidades que se presentan, aquí se englobaría lo económico, inaccesibilidad ya sea porque no hay instituciones que puedan ofrecerle los servicios necesarios o por la lejanía de estas, así como la falta de información de la misma discapacidad y no saber cómo proceder.

Siguiendo lo anterior tampoco se poseen datos de la adquisición de la discapacidad, nivel socioeconómico, nivel educativo y en los censos que se han realizado hasta el momento tampoco se hace ningún tipo de especificación, si estos grupos de discapacitados son solo en la Ciudad de México o de algunas otras zonas, si forman parte de comunidades indígenas o algún otro grupo minoritario.

El mismo Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad (PRONADDIS ,2009) reconoce que en México se desconocen las verdaderas dimensiones de la discapacidad entre la población.

Esta situación es alarmante pues no se tiene información necesaria, para construir intervenciones que ayuden a este grupo, si bien existen documentos como PRONADDIS (2009), que pretende construir un México más incluyente y justo en el que se avale la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, se puede asegurar que si ese era el objetivo del programa sólo se quedó en el papel puesto que ese documento se realizó desde el 2009, y siendo el 2016 no se reflejan avances significativos en esta área. Puesto que son inexistentes los programas, talleres y cursos federales que cumplan con lo que ahí se estipula.

A partir de esta indagatoria se llega a la conclusión de que la discapacidad preponderante en el país es la cognitiva, aunque esta tendencia no es definitiva, puesto que las asociaciones que auxiliaron a la realización de esta encuesta tratan mayoritariamente la discapacidad cognitiva, así que la investigación puede verse sesgada por ese motivo.

En México coexiste la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad (Diario Oficial de la Federación, 2011), que pretende crear redes de inclusión en las distintas áreas, para que los a discapacitados tengan un desarrollo integral, pero deja de lado una parte intrínseca al ser humano que son sus derechos sexuales y reproductivos.

La discapacidad sigue siendo un tema delicado y mitificado en México y es por ello que es fundamental el desarrollo y fortalecimiento de mecanismos de información y toma de conciencia sobre las necesidades, carencias, apoyos que requieren las personas con discapacidad.

## 2.1 Grados de discapacidad.

Un elemento importante en la definición de la discapacidad cognitiva es el grado en que ésta se presenta, de acuerdo a que existen diferentes niveles, como leve, moderado y profundo.

González (2003) elabora la siguiente tabla comparativa, en la que presenta como el CIE-10 (1992) y el DSM IV-TR (2002) definen y distinguen los distintos grados de discapacidad, además de que los años en que presentaron sus investigaciones son disímiles y de esta manera se puede advertir la evolución que se ha dado:

NIVELES	CIE-10(OMS,1992)		DSM-IV-TR (APA,2002)
	CI	E.M ADULTA	CI
LEVE	50-69	9-12 años	50-55 aprox.
MODERADA	35-49	6-9 años	35-40 y 50-55
GRAVE	20-34	3-6 años	20 o 25 y 35-40
PROFUNDA	<20	<3 años	<20 o 25

(p. 39).

Tomando en cuenta la definición de cada uno de los niveles:

Leve, cuando la reducción de la capacidad del individuo para desempeñar sus actividades cotidianas es mínima y no interfiere en su productividad.

Moderada, cuando la reducción de la capacidad del individuo limita parcialmente sus actividades cotidianas y su productividad.

Grave, cuando la reducción de la capacidad del individuo es tal que lo hace completamente dependiente y poco productivo (p. 39).

## 2.2 Causas de la discapacidad.

Las causas de la discapacidad son muy diversas, pueden ir desde lo biológico y sociocultural, hasta factores genéticos.

La Asociación Americana de Retraso Mental (2002) propone el siguiente recuadro para clasificar las probables causas por las que se puede presentar discapacidad cognitiva dependiendo la etapa de desarrollo.

Momento	Biomédico	Social	Conductual	Educativo
Prenatal	Consumo de drogas por alguno de los padres. Consumo de	Discapacidad cognitiva sin apoyo de parte de los padres.		



	alcohol y/o tabaco			
Perinatal	Prematuridad. Lesiones al momento del nacimiento. Ts. neonatales.	Falta de cuidados en el momento del nacimiento	Rechazo por los padres. Abandono.	Falta de informes médicos sobre servicios de intervención tras alta médica.
Posnatal	Traumatismo craneoencefálico. Meningoencefalitis Ts. epilépticos. Ts. degenerativos	Hijo con deficiencias del cuidador. Falta de estimulación adecuada. Pobreza familiar. Enfermedades crónicas en la familia.	Maltrato. Abandono Violencia. Deprivación social. Deficiencias parentales.	Diagnóstico tardío Servicios inadecuados de intervención temprana. Apoyo familiar inadecuado.

(p.160)

Las causas de la discapacidad, varían en todo el mundo dependiendo de las condiciones socioeconómicas y de las medidas que el gobierno emprende a favor del bienestar de su población.

Algunos estudios han tratado de identificar los factores que originan el aumento del fenómeno de la discapacidad tanto en regiones desarrolladas como en las menos desarrolladas y lo que se detectó fue lo siguiente en regiones desarrolladas factores como accidentes automovilísticos, contaminación, mayor longevidad, etc.

En regiones menos desarrolladas se encuentran factores como la pobreza, malnutrición, inadecuado acceso a servicios de educación, la falta de higiene, trastornos originados por el alcoholismo, la drogadicción, las situaciones de conflicto y violencia, las enfermedades endémicas y epidémicas. Por su parte, también los malos cuidados durante el embarazo y el parto, junto a la creciente incidencia del deterioro ambiental, se constituyen en elementos conducentes a la discapacidad (OMS, 2015).

### 2.3 Comorbilidades.

Katchadourian (2010) indica

Que el individuo que presenta retraso mental se encuentra en un grado de vulnerabilidad mayor para desarrollar una patología psiquiátrica. Actualmente existen estadísticas que comprueban que esta población presenta dos a tres veces más trastornos del estado anímico, trastornos de ansiedad y de conducta que las personas sin discapacidad intelectual. Esta vulnerabilidad les lleva con frecuencia a presentar cuadros psicóticos secundarios al estrés que experimentan cuando las demandas sociales, familiares y escolares sobrepasan sus habilidades (p. 28).

## 2.4 Mitos recurrentes de la discapacidad.

Existen ideas erróneas sobre la discapacidad, se cree que son seres completamente diferentes del resto de la población, y se llega a dotar de características que son plenamente ficciones, y se debe de reflexionar que la única característica es su déficit cognitivo.

El primero de los mitos que se desentrañara, es el que considera a la discapacidad cognitiva como una enfermedad contagiosa y por este motivo no se ve con beneplácito, que este grupo tenga hijos, porque se considera que también presentarán discapacidad, cabe aclarar que esta situación dependerá del tipo de discapacidad cognitiva, existen algunas que son de origen genético, pero esto no es impedimento coartarlos en su derecho a ser padres, si es que cuentan con todas las herramientas para subsistir y ser personas independientes.

Ninguna discapacidad cognitiva es transmitida por contacto directo ni indirecto con la persona que la presenta.

Está demostrado que las causas y consecuencias del retraso son diversas y numerosas, pero todos conducen a una, que es el daño cerebral y tienen una característica en común que es el déficit cognitivo.

Uno de los mitos entorno a las personas con deficiencia mental es que todas poseen las mismas características y limitaciones, que son mínimas las diferencias entre ellas. Esta postura se debe posiblemente a que se tiende a generalizar y encasillar dependiendo las características de

una persona en un determinado grupo social, se le atribuye características propias del grupo donde se le colocó, negándole las propias.

Esto sucede también en sujetos que pertenecen a diferentes grupos raciales, un ejemplo común, es cuando se dice que todos los mexicanos visten sombreros, duermen junto a un nopal, y siempre cantan música acompañados con mariachis, esta visión del mexicano se ve reflejada en suvenires, imágenes, carteles, que son vendidos en varias partes del mundo, representando así la identidad del mexicano

Un ejemplo de violación a sus derechos son las prácticas de esterilización, las cuales siguen siendo muy comunes en las personas con discapacidad, puesto que se busca la extinción o no propagación de las personas que no cumplan con los requisitos que exige la sociedad imperante.

Tallis et al. (2006) alude a una de las concepciones erróneas respecto a este grupo:

Una de las creencias sobre estas personas es que son felices siempre porque no están conscientes de sus dificultades, esto no es del todo correcto porque la adaptación social de estas personas está llena de dificultades y a menudo produce trastornos de importancia clínica (p. 43).

Algunas de las conductas desadaptativas más frecuentes son la hiperactividad, la agresión, la autoagresión, conductas destructivas, trastornos obsesivos compulsivos, depresión y ansiedad desmedida (Tallis et al., 2006). Esto se podría deber a la nula o poca socialización que suelen

tener las personas que presentan este tipo de discapacidades, además de que se les tiene generalmente un trato especial o diferente al de los demás, probablemente porque al no percibirle como un ser completo, es visto como un ser diferente con limitaciones al que no se puede tratar como una persona regular.

Esta visión ha formado parte de la historia de la humanidad, es frecuente verla en diversos momentos históricos.

Esto refleja el nivel de desconocimiento que se tiene hacia el tema puesto que la literatura muestra que, estas discapacidades, generalmente no son de origen hereditario, y al no serlo los hijos que puedan procrear las personas con Síndrome de Down o discapacidad cognitiva pueden tener un nivel cognitivo normal. Como se menciona en capítulos anteriores no se tiene un factor exacto por el cual se explique la presencia de discapacidad, aunque existen factores de riesgo y situaciones que predisponen, hasta cierto punto es azarosa (AAMR, 2002).

Otro mito que tiene tintes discriminatorios, se refleja en el momento en que no existe una integración real de las personas con discapacidad, esta idea de que los discapacitados sólo pueden o deben de interactuar con discapacitados nos muestra una sociedad ignorante que cree que estas personas no están facultadas para tener los mismos derechos de socializar como todos los demás.

Edwards y Elkins (1988) menciona otra creencia incorrecta:

Los niños con deficiencias mentales son más cariñosos que la gente que no presenta un déficit, esto es una mentira. Si el joven con discapacidad parece más afectiva, es derivado a que los padres los padres y profesores no saben enseñarles a distinguir, desde el principio en sus diferentes etapas de desarrollo entre muestras de atención apropiadas e inapropiadas (p. 52).

Las personas con discapacidad son hipersexuales, es otro mito que se origina a la creencia de que el individuo no es capaz de manejarse de manera adecuada ante la sociedad, y que posee una estructura mental enteramente primitiva y se maneja conforme sus instintos básicos, por lo que su sexualidad resulta ser descontrolada, por lo cual debe de ser coartada restrictivamente.

En el otro extremo se encuentra el dogma que indica que carecen de deseos y necesidades en el terreno sexual, esto los deshumaniza y los vuelve asexuados y libres de pulsiones, al manifestarse algún tipo de comportamiento afectivo por parte del discapacitado, se achaca a que es cariñoso, y es una expresión de amor inocente, no se acepta que también hay presencia placer al realizar esta conducta.

Se observó que el deficiente, como todo ser social, desea ser aceptado por los demás, existe consciente o inconscientemente la retención de rasgos infantiles en sus acciones y así cubre lo que la sociedad y su familia esperan de él.

Finalizando este apartado de mitos se tiende pensar que el discapacitado presentara un desarrollarse fisiológicamente de manera deficiente o con retrasos, esto es generalmente falso en

la mayoría de los casos el desarrollo biológico suele estar a la par con las personas que no presentan esta deficiencia.

Estas creencias son una clara muestra de la incomodidad e ignorancia que presenta la sociedad ante la idea de considerar a las personas con discapacidad seres sexuales, que tienen necesidades, problemas y amor como cualquier otra persona.

### CAPÍTULO III: FAMILIA Y DISCAPACIDAD.

La familia es la institución más ancestral que existe, es una entidad fundamental que sirve de base para que las personas construyan sus creencias, actitudes, tradiciones, moral, forma de conducirse por la vida, además dentro de la familia es donde se realizan las primeras experiencias de aprendizaje de cualquier aspecto.

El papel de la familia en el desarrollo de la personalidad del ser humano es fundamental pues será su primer contacto con la sociedad y es un agente básico en la habilitación e inserción posterior a la colectividad.

La aparición de un hijo con deficiencia mental en la familia supone un fuerte golpe para los padres, que ven trastornada su vida diaria y truncados sus sueños y fantasías que habían preconcebido. Ningún padre está enteramente preparado para acoger a un niño con retraso mental, siempre se tiende a fantasear y fabricar a un bebé perfecto. El recién nacido con deficiencia mental viene a alterar esos deseos, proyecciones que sus padres se habían formulado con respecto a él. Por lo que el primer acercamiento será difícil, pues tendrán muchos sentimientos encontrados entre ellos, la culpa (Amor Pan, 1997, González, 2003 & Braxley y Zendell, 2005).

González (2003) propone las siguientes fases en las que generalmente incurren los padres para enfrentar esta conmoción:



Fase de shock: reacción inicial al conocer la noticia, generalmente habrán sentimientos de negación, sorpresa e incredulidad. Esta crisis supone un cambio sustancial en la familia, puede durar horas hasta días.

Fase de reacción: una vez que los padres se reponen de la primera fase, empiezan a sentir una serie de emociones; las más frecuentes son cólera y culpa.

Cólera: los padres tienden a reaccionar con rabia y agresividad hacia la persona que le da la noticia o hacia quien considere responsable, estos ataques no son personales, sino que son el reflejo de lo que están padeciendo.

Culpa: es la reacción más frecuente. Este sentimiento de culpa y/ o vergüenza es completamente irracional. Algunos padres se atormentan buscando posibles causas y errores que pudieron cometer en el embarazo.

Depresión o pena: este sentimiento puede resultar en un comportamiento negativo hacia su hijo.

Rechazo y sobreprotección: algunos padres pueden compensar su rechazo hacia ellos dedicándoles todo su tiempo. Con frecuencia tratan al hijo como si tuviera una discapacidad mayor a la que presenta.

Fase de adaptación y orientación: la mayoría logran resolver esta crisis y aceptan la discapacidad del hijo (pp. 230-231).

La familia experimenta con frecuencia sentimientos de aislamiento, y al sentirse así tienden a excluirse de la sociedad y enfocarse en el niño discapacitado. Ninguna persona ni familia está enteramente preparada, para la llegada de un integrante con necesidades diversas a lo acostumbrado, y por esta razón puede resultar abrumador vivir esta etapa de transición.

Es complicado que al ser México un país que no cuenta con información adecuada y que está lleno de prejuicios, acepte y tome como iguales a personas que posean una discapacidad sea cual sea, pero estos son ciudadanos iguales, con necesidades y características que los hacen únicos, como a todos. Por esta razón es que la mayoría de las familias con un integrante en esta condición prefiere interactuar sólo con el núcleo más cercano pues creen que esto dé protección, pero no imaginan que al enfocarse solo a su núcleo privan a su familiar de un desarrollo adecuado.

Al igual que en la población general, existen familias con hijos discapacitados que son disfuncionales y otras que no lo son. Estas familias que logran una funcionalidad son las que logran un balance entre las distintas actividades de la vida familiar, otorgando satisfacción a cada miembro que forma parte de ella (González, 2003).

De acuerdo con González (2003):

Una variable importante para tener una mejor adaptación es el nivel socioeconómico y cultural de los padres. Los padres de clase media tienden a reaccionar de manera diferente a los padres de bajos recursos. La diferencia radica en que las familias de bajos recursos están más preocupadas en el presente, por los problemas de la vida diaria, mientras que las familias de clase media están más preparadas para hacerle frente a los problemas y se preocuparán más por el futuro de su hijo (p. 231).

### 3.1 Rol del discapacitado en la familia.

Desde el momento en que presenta un hijo con algún tipo de discapacidad, transformará a toda la familia, y recibirá un trato especial, ya sea de manera negativa, es decir que sea visto como una persona frágil, diferente, incompleta, que necesita sobreprotección o en su defecto segregarlo del núcleo familiar o positiva que sea visto como un miembro con capacidades diferentes pero que pertenece a la familia.

El sistema familiar con hijos discapacitados es comúnmente muy unido, y esto le resta autonomía e independencia al hijo con deficiencias, comúnmente los padres de los discapacitados creen que tiene muy pocas capacidades para desenvolverse en la vida, por lo tanto los estimulan y exigen menos y como resultado de esto cuando el discapacitado es adolescente se muestra inhábil, ignorante, dependiente y esto restringirá varios aspectos de su vida y su manera de interrelacionarse con los demás (Amor Pan, 1997).

Frecuentemente la atención, que se dedique a la salud del hijo discapacitado distorsionará la dedicación de los otros miembros a otras importantes actividades intrafamiliares y esto puede llegar a provocar que exista un desbalance ente los vínculos afectivos del colectivo familiar, además de tensiones y conflictos familiares.

En las familias mexicanas esta conducta es más evidente porque en la generalidad, aunque ha cambiado a través de los años, la madre se queda en casa para cuidar a los niños, mientras que

los padres se integran al ámbito laboral y depositan la carga de la educación de los hijos sobre ellas, esto hace un vínculo muy fuerte de las madres con los hijos discapacitados.

Esto puede llegar a provocar que los integrantes discapacitados, al sentirse aceptados y cuidados únicamente en su círculo familiar no forjen las suficientes y adecuadas herramientas para comunicarse y socializar con gente que no pertenezca a su parentela, volviéndolos dependientes, construyendo una visión disminuida de sí mismo, mirándose como un ser infantilizado, incapaz de explotar sus capacidades de manera sana y total.

Al alejarlo del medio que lo rodea y no permitirle enfrentarse a él le impedirán su desarrollo personal, desarrollo cognitivo, comunicación, además de bloquearle sus fortalezas y habilidades que el individuo desarrolle o posea.

El amor y aceptación que los padres expresen por su hijo ayudara a cimentar su amor propio su propia aceptación y su autoestima futura.

#### CAPÍTULO IV: INTRODUCCIÓN A LA SEXUALIDAD.

La sexualidad ha sido, es y seguirá siendo uno de los tópicos más controvertidos y de mayor interés para la humanidad puesto que forma parte de la vida, el origen mismo del ser humano está ligado enteramente a ella.

Una de las razones por las que es un tema controvertido es porque es un campo muy poco explorado, cuando se inicia la recolección de datos para la presente tesina se pudo dar cuenta de ello.

Existen muchas vertientes que le dan significados totalmente disímiles a la sexualidad, por ejemplo la vía religiosa la ve desde el punto de vista de la procreación, y si bien este punto es importante no es exclusivo, la mayor parte de la interacción erótica no lleva necesariamente a la procreación, la sexualidad vista desde una perspectiva social toma mayormente en cuenta las normas sociales, cultura, familia, época histórica en la que le toco vivir al individuo, etc.

Pretender definir el concepto de sexualidad plantea un gran desafío, porque es un constructo que ha sido modificado muchas veces a lo largo de la historia; con los griegos en los tiempos de Homero la bisexualidad era completamente aceptable y normal, la prostitución era cosa de la clase alta y las prostitutas ejercían mayor influencia que las esposas, no era mal visto disfrutar de la sexualidad era perfectamente aceptable, premisa que ha ido mutando, en la Edad Media el constructo de sexualidad se doto de negatividad, de culpa, recientemente en el siglo XX prevalece el amor romántico, se pensó en la satisfacción mutua , se presenta la llamada

revolución sexual , se plasma como sustancial el placer sexual, la poligamia progresiva, matrimonios abiertos y el amor libre, así como estas definiciones hay muchas otras, la sexualidad es cambiante no sólo depende de la etapa histórica, sino de múltiples factores que están ligados a ella, la cultura, la religión, los valores, posición económica, política, educación además depende de la manera en la que cada individuo la afronta y la vive (Vera,1998).

Krafft-Ebing expone lo siguiente “el sexo es un instinto todopoderoso que exige cumplimiento en contra de lo que proclama la moral, las creencias y las restricciones sociales” (citado por Weeks, 1998, p. 28), este concepto refiere a que se mire a la sexualidad desde un punto de vista holístico, natural, inherente al ser humano, en todas sus formas, no excluye ningún concepto y toma como único referente que la sexualidad es una necesidad de todos.

Los discapacitados no están exentos de ésta necesidad humana y por esta condición se debe de reconocer socialmente, institucionalmente y culturalmente que también son seres sexuales y que no son los niños eternos que la sociedad ha ido criando a lo largo de la historia creyéndolos asexuados, sin necesidad de crear vínculos con los demás ni de poder disfrutar de su propio yo.

En el contexto Mexicano actual se sabe que existen muchos prejuicios en torno al tema de la sexualidad, aunque se han abierto varios canales en cuanto a este concepto, sigue existiendo una predisposición un tanto negativa o de rechazo hacia el tema.

Esto ha provocado que exista mucha desinformación o mal manejo de la información sexual, haciendo que aumente el número de embarazos en la adolescencia, según datos de la OMS

(2009) se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, la mayoría se producen en países en vías de desarrollo como México. Las consecuencias de este incremento de la maternidad en adolescentes son significativas para las jóvenes madres, para sus bebés y para la sociedad en general.

Las adolescentes son más vulnerables a presentar diversas complicaciones durante el embarazo, pues sus cuerpos no están plenamente desarrollados para enfrentar este proceso, pueden presentar anemia, trabajo de parto prolongado y toxemia, tienen el doble de probabilidades de dar a luz a bebés de bajo peso y prematuros, la mortalidad materna en las madres adolescentes figura dentro de las causas más frecuentes de muerte (OMS, 2009).

A nivel social esta situación afecta, a las madres se les dificulta acceder a una educación superior disminuyendo así las posibilidades de conseguir un trabajo mejor remunerado lo que hace que sus hijos tengan menos oportunidades de tener un mejor futuro y una adecuada calidad de vida, todo esto a su vez acarrea consigo el aumento de la pobreza y la violencia del país.

Estas son algunas de las consecuencias que prevalecen en la sociedad por no establecer medidas de prevención y educación sexual desde las primeras etapas sexuales, fomentar talleres de psicoeducación sexual fomentaría una visión más natural de un concepto que es natural por sí mismo, pero que la sociedad se ha encargado de llenar de prejuicios, tabús y creencias negativas.

La información debe de ser impartida a toda la sociedad, desde personas que pueden ser consideradas normales, porque están en completa utilidad de todas sus funciones hasta aquellas

que tienen algún tipo de discapacidad en su desarrollo ya sea físico o intelectual, puesto que todos tienen derecho a recibir información veraz que les procure una vida sana y feliz.

Por esta razón se propone realizar talleres a padres de familia en este caso dirigidos a madres, padres, educadores y personas interesadas en aprender o practicar formas de orientación referente a educación sexual y reproductiva a personas que presenten discapacidad intelectual.

#### 4.1 Diferencias entre los conceptos de sexo, género y relaciones coitales.

En este apartado se busca hacer una puntual separación de algunos conceptos que rodean el término sexualidad.

Cano y Di Bari (2010) expone la siguiente definición de sexualidad:

Sexualidad se refiere a la integración de los aspectos biológicos (sexo), psicológicos (identidad de género) y sociales (sexo de asignación, papel sexual), lo que implica una dimensión más amplia de la simple concepción biológica del sexo asociada al coito y la reproducción (p. 11).

El sexo se refiere enteramente al conjunto de características anatómicas y fisiológicas que hacen diferentes al hombre y a la mujer, no obstante este término es usado de manera errónea puesto que es utilizado para referirnos a lo que es en realidad una relación coital.



Desarrollo Integral de la Familia y Secretaria de Salud (2000), expone la siguiente definición de sexo:

La apariencia de genitales externos, no es garantía de que la persona posea un sexo genéticamente equivalente. En algunos casos raros se han encontrado alteraciones genéticas u hormonales la apariencia de los genitales externos no corresponde a la estructura de los genitales internos, generando un conflicto entre el sexo genético y la identidad de género (p.49).

Esto refiere que el hecho de pertenecer biológicamente a un sexo no significa que este definirá la forma de vida ni sexualidad.

En cuanto al concepto de relaciones coitales, se puede resumir como el acto de penetración que si se realiza entre un hombre y una mujer posibilita la reproducción.

Katchadourian (2010) propone la siguiente definición para denominar género “la palabra género se deriva del latín genus, que significa nacimiento u origen, (...) es un término que representa la subclasificación de ciertas palabras (...) como masculinas, femeninas, y neutras” (p. 29).

La SSA y DIF (2000) proponen el siguiente enfoque en lo que corresponde a género:

Se le llama género (hombre o mujer); identidad de género (convicción de ser hombre o mujer) y el rol de género (el papel que se ha de jugar en la vida: masculino o femenino) estos elementos deben de conocerse para poder tener un mejor enfoque respecto a esta construcción que nos da un lugar o papel en esta sociedad (p.52).

Cano y Di Bari (2010) otorga la siguiente definición de género:

Mientras que el sexo es biológico, el género está definido socioculturalmente. La comprensión de lo que significa ser una muchacha, muchacho, una mujer o un hombre evoluciona durante el trascurso de la vida; no se nace sabiendo que es lo que se espera de uno mismo ni del sexo al que se pertenece: se aprende en la familia y la comunidad. Por lo tanto, estos significados varían de acuerdo a la cultura, comunidad, familia, relaciones; con cada generación y en el trascurso del tiempo (p. 11).

Dicho de otra manera género es la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. Sera el grado de identificación ya sea masculina o femenina o ambas.

## CAPÍTULO V: SEXUALIDAD EN EL DISCAPACITADO.

Amaro (2005) define sexualidad como un conjunto de fenómenos emocionales y de conducta relacionados con el sexo, que marcan de forma decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo.

La sexualidad humana es un tema complejo que debe de verse y vivirse de manera integral, puesto que no debe excluir ningún proceso, el concepto ha traspasado los límites de la genitalidad, para incluir las distintas conductas tanto individuales como sociales, esto para que las personas puedan desarrollar una vida sexual sana y feliz.

Los miedos que se ciñen en este tema hacen que la sexualidad en la discapacidad sea negada, repudiada, reprimida o rechazada, censurando un derecho natural que tenemos todos los seres humanos.

Al empalmar un tema como la sexualidad humana que durante muchos ha sido satanizado por la sociedad con otro que es igualmente un tema incomodo como discapacidad, puede resultar un enmarañado, así como también existe el riesgo de que se presente una doble estigmatización, derivado a que son temas envueltos en un halo de mitos, mentiras o verdades a medias.

Si la información fuese de índole publica, se comprenderían muchas ansiedades que surgen en el desarrollo corporal y personal durante la adolescencia. Se podrán experimentar emociones sin culpa y aceptar el placer como normal, de manera sana y responsable no como un impulso que hay que frenar.

Las personas discapacitadas son también seres sexuales, que sienten placer y que poseen innumerables necesidades afectivas y sexuales, generalmente a las personas discapacitadas se les impone la etiqueta de niños eternos, sin reparar que los niños también son seres sexuales, ya lo dijo Freud en su teoría psicosexual, el niño es un ser sexual desde el nacimiento, pero algunas personas ajenas a este hecho real y concluyente dotan al niño de características de pureza, sin deseo, asexuado y angelical.

Hay que hacer notar que generalmente cualquier tipo de manifestación sexual es vista habitualmente como anormal y preocupante, por este motivo muchos padres tienden a reprimir la experiencia sexual de sus hijos distrayéndolos y alejándolos del motivo que suponen pueden estimular su impulso sexual. Al sublimar las pulsiones sexuales de su hijo, los padres están reprimiendo y pueden causar una neurosis en él (Freud, 1988).

La sexualidad implica mucho más allá del coito, está íntimamente relacionada con su autoestima, es lo que se siente y vive cada día, ligada a los sentimientos, al placer, amor, vivencias e interacción, puesto que también es una forma de vincularnos con los demás.

Indiscutiblemente la sexualidad por más que se desee reprimir no es posible pues biológicamente hablando siempre está presente y se desarrollan de la misma forma en el niño con discapacidad como en el niño normal.

Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre.

La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.

La sexualidad es una herramienta para expresar sentimientos que se tienen por el otro, es una fuente de bienestar biológico, social y emocional, se concluye que es la base para vincularnos con el entorno y la imposición de una vida desprovista de todos estos aspectos puede tener como resultado un efecto devastador.

Es una parte inherente de la vida diaria, desde el nacimiento y está enteramente relacionado con la forma de ser, pensar, actuar, sentir y vivir de una persona.

La manera en la que se vive y percibe la sexualidad está enteramente relacionada de la época histórica en la que se vive, edad, cultura y lo más importante dependerá de los valores e ideología que maneje la familia.

Casarella, Duacastella, Schorr, Filodoro, y Antonini (2005) indican que:

La sexualidad se construye, entre otras cosas, por identificación. Y justamente es la crianza la que arma y modela la identidad sexual y sus comportamientos desde la más temprana

infancia, aún antes de nacer, a partir de los criterios y mitos familiares en relación a los roles sexuales, cadenas de identificación, instalación de diques (pudor, repugnancia y juicio moral) la libidinización, los circuitos de lo erótico, etc (pp. 41-42).

En el caso del discapacitado cognitivo estos diques se verán perturbados, puesto que si no se han creado desde la infancia limitaciones claras ellos no darán tanto peso a esta situación, por lo que pueden llegar a tener manifestaciones eróticas en público.

Los individuos que presentan un déficit intelectual leve y moderado podrían tener un proceso de su sexualidad adecuado y esto fortalecería su identidad de género, comportamiento sexual y aprenderá a discernir entre conductas privadas y públicas, esto ayudaría a prevenir situaciones de abuso que pudieran sufrir.

Se respalda con lo dicho por Amor Pan (1997) donde menciona que se debe de tener claro que la sexualidad no dependerá del grado de desarrollo de la inteligencia, que precisamente por esta razón se debe de dar información veraz, correcta y puntual a cualquiera que lo requiera, llámese persona regular o discapacitado motor, visual, intelectual, etc. Puesto que se maneja la idea errónea de que no entenderán si se les expone, así que no es necesario que se les explique, si es bajo este sustento que no se les proporcionan las herramientas adecuadas a esta población, se revela entonces el gran nivel de ignorancia que se tiene a lo que se refiere discapacidad.

Estas personas son más vulnerables a sufrir abusos, están expuestos a tener prácticas sexuales de riesgo y esto se podría prevenir con fomentar programas de educación sexual para ellos.

Generalmente por los estigmas que adheridos al tema de sexualidad, las manifestaciones y aspectos sexuales que se han presentado, serán tomadas como anormales o antinaturales, pues los padres en su mayoría, no están preparados para afrontar que su hijo también es un ser sexual.

Con la información adecuada y correcta el individuo podría realizar prácticas sexuales con protección, además de que aprendería a respetarse y respetar a los demás, auto erotizarse en privado, decir no a conductas de riesgo y tener conocimiento de los métodos anticonceptivos que se adapten a sus necesidades.

Los caracteres biológicos se desarrollan de la misma manera que ocurre con personas con personas con un coeficiente normal. Se considera que las edades cronológicas normales para la aparición de la pubertad, oscilan entre los 11 y 13 años para las mujeres y 12 a 14 años para los hombres (Aláez, Madrid y Antona, 2003).

El inicio y manejo de los cambios están determinados por factores biológicos, el medio ambiente, socioculturales, económicos y psicológicos, de manera que existe una gran variable de la forma y aparición de la pubertad.

Al llegar el deficiente a la adolescencia, los padres, en su mayoría, lo imposibilitan a explorar esta etapa de manera sana y natural, le niegan que desarrolle y conozca su cuerpo con libertad y le limitan actividades con el otro sexo, debido a que se presenta la angustia de los avances en el desarrollo sexual del hijo y le imposibilitan que busque su independencia.

Esta etapa es tomada como preocupante para los padres y por esta razón tienden a reprimir estas manifestaciones alejándolos de lo que ellos creen que pueda estimular su impulso sexual. Los padres tienden a no querer abordar la realidad de que sus hijos van cambiando a partir de la pubertad y que inevitablemente se manifiestan como seres sexuados, que también desean recibir amor. Esta situación es porque al presentarse esta etapa en el hijo, la familia tiende a recordar ciertas emociones que sintieron en el momento en que se enteraron que su hijo presentaba la discapacidad (Conferencia John Langdon Down, 2014).

Algunas deficiencias no harán posible que el individuo pueda tener relaciones coitales, pero como mencione antes no es la única forma de poder vivir una sexualidad sana y liberar su libido.

Existen varias alternativas además de las relaciones coitales para liberar el impulso sexual como la masturbación, tocamiento, besos, tomarse de la mano, darse un beso, demostrar afecto, en fin existe una infinidad de maneras en que las personas se pueden liberar de sus pulsiones, solo dependerá el gusto de cada individuo.

Las alternativas varían dependiendo de cada persona, formación familiar, valores, posibilidades económicas, creencia y cultura.

Los padres no podrán elegir qué alternativa es mejor para su hijo, es él mismo quien debe de elegir que será mejor, pues quién se conoce mejor que él, esto será posible con una educación sexual adecuada.



La población en general debe deshacerse de sus miedos, prejuicios, angustias y frustraciones por el bien de las personas discapacitadas, permitiéndoles que vivan de una manera libre, que pueda interactuar, salir con amigos, ir a eventos culturales, etc. como se permite en la población en general.

### 5.1 Derechos humanos y sexuales.

Shaked, (1981) expone ocho puntos que juzga fundamentales para las personas que presentan una discapacidad, estos pueden tomar el carácter de derechos, Torices (1997) los recupera en la siguiente lista que se expone a continuación.

1. Derecho a la expresión sexual.
2. Derecho a la intimidad.
3. Derecho a ser informado sobre su sexualidad.
4. Derecho de acceso a los servicios de salud necesarios.
5. Derecho a escoger el estado civil que más le convenga.
6. Derecho a procrear o no.
7. Derecho a tomas de decisiones que afecten la vida de cada persona en particular.
8. Derecho de oportunidad de desarrollar todo el potencial del individuo.

Esta carta es un gran paso en este ámbito, pues aleja la idea del ser asexuado que se tiene generalmente y muestra a la sexualidad como un hecho concluyente y natural, del que se tiene derecho a disfrutar sin ninguna excepción.

La educación sexual de un niño con discapacidad intelectual empezara con la de sus padres, si ellos tienen una manera de vivir la sexualidad de manera natural, sin tabúes el niño tendrá un desarrollo sano y favorable y si el caso es contrario se podría formar a un niño que no expresa con libertad su sexualidad.

La fase de pubertad es una etapa crítica, si se ha recibido educación sexual será una etapa que se vivirá con tranquilidad y que no estará llena de temor o culpabilidad y vergüenza.

Generalmente los padres no quieren abordar la realidad de que sus hijos van cambiando a partir de la pubertad y que inevitablemente en la adolescencia se manifestarán con mayor frecuencia episodios de masturbación o inquietudes por tener un noviazgo o formar una familia.

## 5.2 Afectividad en las personas con discapacidad.

La vivencia de la sexualidad es diferente para cada una de las personas que vive en este planeta, el nivel de expresar y vivir el placer es diferente, por lo que es imposible categorizar a que nivel sienten las personas con algún tipo de discapacidad pues será variable.

Lo que sí es posible afirmar es que se presentan algunas peculiaridades en la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual entre ligera y profunda, pero esto no es un indicador que debe de establecerse algún límite rígido e inamovible de lo que son capaces o no de hacer, en el caso de las discapacidades graves o profundas es difícil que se puedan establecer normas

regulatorias de lo privado y lo público, puesto que no se pueden formar una representación de su propio cuerpo, controlar su funcionamiento y sus interacciones con otros.

Torices (1997) menciona que “las personas con discapacidad ligera o moderada pueden desarrollar de manera más adecuada las instancias reguladoras de su personalidad, que incluyen identidad de género y su comportamiento de acuerdo al rol de género esperado” (p. 130).

### 5.3 Autoestima.

La Dirección General de Servicios Médicos de la Universidad Nacional Autónoma de México, realiza un documento llamado Cápsulas para la vida (2008) en la que presenta a la autoestima en resumen como un juicio valorativo que cada persona elabora respecto de su propia persona, es la manera en cómo se evalúa a sí misma. Contiene las creencias con respecto a lo que es uno mismo.

En otras palabras la persona se juzga a si misma con base en las características y atributos que posee y decide si es valiosa o no conforme a sus particularidades personales. Implica decidir si lo que se es, se siente, se piensa y se hace es importante o no.

La autoestima elevada apoya el logro de metas y esto a su vez la fortalece, dando pauta a nuevos retos; por el contrario, la autoestima baja limita el crecimiento, la consecución de metas personales y conduce a las personas a mantenerse sin cambios, buscando la seguridad en el exterior.

Nadie nace con un sentimiento de valía personal, este se adquiere desde la más temprana infancia, en el núcleo familiar y como resultado de la interacción con el medio y de los mensajes, tanto verbales como no verbales, de aceptación y rechazo de la persona, pero es posible modificarla con base en nuevas experiencias que transformen la idea que se tiene sobre sí mismo.

La estimulación de la valía del individuo con déficit es tan importante como en cualquier otro individuo, pues es elemental en la vida del ser humano ser valorado y conocer sus atributos y defectos, y poder fortalecerlos, además de que ayudara en la interacción por lo que es esencial que se fomente.

Edwards y Elkins (1988) propusieron los siguientes puntos para estimular la confianza.

- No considere al niño un ser desvalido. Las personas con discapacidades perciben sus discapacidades a través de los ojos de otros.
- Dele autonomía, independencia y confianza en sí mismo para crecer.
- Ayúdelo a tener éxito.
- Estimule sus estados de ánimo positivos para que enfrente mejor las experiencias difíciles.
- Estimule un comportamiento adecuado y respetuoso con los demás.
- Ayúdele a distinguir sentimientos y a describir experiencias (pp. 96-99).

Es importante crear un nivel de autoestima adecuado para poder funcionar favorablemente como personas sociales y afectivas, en todas las esferas de la vida.

#### 5.4 Esterilización ¿Única opción?

En el Diccionario de la Real Academia Española (2016) establece que esterilizar significa hacer infecundo y estéril lo que antes no lo era, es decir, negarle a un ser la posibilidad de tener un hijo.

Edwards y Elkins, (1988) señala que:

La era pro esterilización de las personas con discapacidad intelectual comenzó en 1927, año en que el tribunal supremo de los Estados Unidos de Norteamérica la aprobó en el caso Buck Bell. En esa decisión Sir Oliver Wendell Holmes, estableció que la esterilización en las personas con discapacidad intelectual, no era diferente a la inmunización pública, pues su finalidad era la preservación del bienestar público (...) tras tomar esa decisión se esterilizo a miles de estadounidenses. Hasta 1942 cuando (...) se declaró que la reproducción era un derecho básico de todo ser humano (p. 108).

La histerectomía y vasectomía eran y son muchas veces la única solución que se les ofrece a los padres para resolver los problemas del abuso sexual, control de natalidad o escasa higiene menstrual (p. 41).

El problema básico con esta práctica es que se abusa del discapacitado, esta decisión no es tomada por el, si la esterilización surge como parte de una patología ginecológica es completamente comprensible que se aplique, pero debe de informarse a la persona a la que se la harán en que consiste esta intervención y por qué se está llevando a cabo.

La clave aquí es si es necesaria o no, porque única opción ciertamente no lo es, los padres lo hacen generalmente por miedo a que sus hijos sufran algún tipo de abuso, e ingenuamente creen que esta servirá de factor protector en contra de algún tipo de abuso, sin pensar que este factor de protección no es plausible, porque a pesar de que estén esterilizadas, no hará que sean excluidas de sufrir alguna violación y abuso, sólo prevendrá algún embarazo no deseado.

Esta práctica viola los derechos humanos de las personas discapacitadas pues le niegan su autonomía y disponen de ellos, esta práctica debe de cambiar, se debe de concientizar a los padres de que su hijo también es un ser humano con sentimientos, que no es un objeto, es su derecho estar enterados e informados de la práctica quirúrgica a la que serán sujetos.

Esta intervención quirúrgica es muy invasiva y al no tener claro el procedimiento que tendrá el o la adolescente, puede ser que le resulte verdaderamente traumático.

Existen muchas opciones además de la esterilización para que las personas deficientes tengan un buen control natal, pero todo deriva de nuevo en que se les eduque sobre cómo utilizarlos y cuál es el que les conviene a ellos.

### 5.5 Conductas sexuales.

Es importante que las personas que tengan alguna discapacidad sepan cuáles son las normas que rigen a esta sociedad y que existen lugares públicos y espacios privados, hacerlos conscientes de que es primordial respetar el espacio que se comparte con los demás.

Tener discapacidad intelectual no es una excusa para poder realizar actos sexuales que trasgredan a un tercero, es decir actos de incesto, abuso, violación, estos actos no están justificados y serían el reflejo de la nula educación que se le ha dado al individuo, además de que se ha dejado que se dirija sólo por su instinto primitivo y eso no es parte de su trastorno.

#### 5.6 Masturbación y otras formas de liberación libidinal.

Siguiendo al Diccionario de la Real Academia Española (2016) se le llama masturbación a la estimulación directa de los órganos sexuales ya sean femeninos o masculinos o de zonas erógenas para obtener satisfacción sexual. Esta práctica se inicia desde las primeras etapas del ciclo vital hasta la vejez.

Es probablemente una de las prácticas de mayor popularidad entre la población, pues la gran mayoría de las personas se auto explora en algún momento, independiente de tener o no una pareja sexual.

Esta práctica debe de ser privada, pues implica intimidad y es una forma de liberar el estrés, conocerse y localizar zonas de placer y displacer.

Como se menciona antes depende de la persona, sus necesidades, y su manera de expresarse la práctica que utilice para manifestar su libido (Freud, 1988).

Durante la conferencia de derechos sexuales y salud reproductiva realizada por la Fundación John Langdon Down (2014), se pudo escuchar de viva voz a personas con esta condición que, expresaban en su mayoría, que era más satisfactorio darle la mano a su compañero o darse un beso en la mejilla que tener relaciones coitales, ellos conocen del tema y no les causa mayor interés, obviamente habrán otras personas a las que les interesaran y deseen llevarlas a cabo, pero si es así que sea informados, para que así puedan disfrutarlo y no sea una experiencia que pudo haber sido sublime pase a ser traumática.

La sexualidad no debe de seguir una línea, cada individuo es capaz de hacer lo que mejor le plazca y como mejor le parezca, eso sí, nunca trasgrediendo a terceros, y así será para estos individuos, formaran su propia y única forma de vivir la sexualidad.

### 5.7 Matrimonio y paternidad.

Todos los seres humanos se rigen bajo ciertos lineamientos y se crean expectativas de lo que se debería de llevar a cabo en la vida normalmente, estos lineamientos los dan los medios masivos de comunicación, la cultura, la sociedad y la familia.

El matrimonio es parte de esos lineamientos, que forman parte de la sociedad, de las fantasías y deseos que generalmente se construyen durante el crecimiento, ser independiente, enamorarse y finalmente casarse, el matrimonio marcará un paso más en el ciclo vital, marca el final de una etapa, es decir, se empieza a formar una propia y nueva familia.



Al hablar de estas etapas que forman parte de la vida, surgen ciertos conflictos en las familias con personas discapacitadas, pues a pesar de que para todas las personas es una etapa incierta, llena de cambios, experiencias nuevas, para la familia con un sujeto discapacitado suele ser aún más complicada puesto que es una situación a la que no sabe cómo enfrentarse y esto la llenará de miedos.

Katz et al. (2010) menciona que:

Las personas con deficiencia mental superficial cuentan con la capacidad de vivir plenamente su sexualidad y compartir con su pareja alegrías, inquietudes y frustraciones, siempre y cuando no se ejerzan sobre ellos presiones y demandas que pudieran romper con el equilibrio de la relación. Una de las presiones más comunes se relaciona con la situación económica (...), en México no existen subsidios económicos que tienen algunos países desarrollados para compensar a las personas con discapacidad (p. 210).

Otra presión común en todo el matrimonio serán los hijos, cuando una pareja contrae nupcias es normal que las familias de ambos, insistan en traer a un nuevo integrante a la familia, para las personas discapacitadas representa una situación bastante difícil, la familia no sabrá si es capaz o no de hacerse cargo de él, si ellos mismos tendrán que enfrentarse a este nuevo desafío.

Es un tema muy controvertido, si los individuos que deseen procrear poseen las suficientes herramientas y conocimientos para poder convertirse en padres y procurar el bienestar, felicidad,

cuidados y educación al niño no debería de existir ningún problema, puesto que recordemos que esto es un derecho que claro conlleva muchas responsabilidades.

Es importante hacer hincapié en que esto no es un hecho tácito que si una mujer con discapacidad mental llega a embarazarse el niño tendrá la misma discapacidad, depende de la discapacidad que tenga la persona, si es una deficiencia genética, claro que si tendrá altas posibilidades de que el neonato presente la misma discapacidad, pero si es de una persona que sufre algún tipo de discapacidad intelectual solamente, podrá tener a un niño con un CI normal.

Antes de que la pareja discapacitada tome la decisión de convertirse en padres, los especialistas y la familia, deberían de hablar con ellos acerca de los pros y contras de esta decisión, por este tipo de situaciones, se reitera la importancia de establecer talleres de educación sexual y reproductiva.

#### 5.8 Homosexualismo.

Katz et al. (2010) hace hincapié en que:

La carencia afectiva hará una búsqueda sólo del placer sexual y la negación de la sexualidad por parte de los padres de personas con Discapacidad intelectual, ha ocurrido que con frecuencia las personas con discapacidad intelectual se involucren sexualmente con personas de su mismo sexo, observándose esa práctica sobre todo en instituciones (residencias,

internados, casa de medio tiempo, etc.), donde dos personas del mismo sexo comparten la habitación (p. 215).

Aunque lo dicho por los autores anteriormente mencionados puede ser correcto, existe otra parte que sabe que se tiene la libertad de elegir que gusta y que no, y ellos no son la excepción, así que ellos también pueden discernir entre que orientación sexual seguirán.

## CAPÍTULO VI: EDUCACION ESPECIAL EN MÉXICO.

La Dirección de Educación Especial (2010) un desconcentrado de la SEP, realiza una investigación profunda de cómo ha ido evolucionando la educación especial en México, a continuación se exhibirán los momentos más significativos:

En la época de Benito Juárez (1858-1872) la población mexicana y el Estado, no tenían una idea clara de que hacer con las personas con discapacidad, a quienes se les negaba el reconocimiento de sus capacidades pues sólo eran vistos desde su alteración motora, visual o intelectual (p. 21).

Resumiendo los datos históricos que se exhiben en la recopilación hecha por la Dirección de Educación Especial (2010) se contempla que fue hasta 1865 con la llegada e ideas progresistas de Eduardo Huet Merlo, un maestro sordo francés, que llego a la ciudad de México a realizar cambios sustanciales en el campo de la discapacidad, hablo con el presidente municipal de ese entonces Ignacio Trigueros y le presento su idea de fundar la primera escuela especializada en las personas sordomudas, a Trigueros esta idea le entusiasmo y así nació en Junio de 1866, la primero nombrada Escuela Municipal de sordomudos que posteriormente cambiaría su nombre a Escuela Nacional de Sordomudos. Huet había sido educado en la Escuela de Carlos Miguel D`Lpeè.

En 1870 se da otro gran paso en la educación especial con la inauguración de la Escuela Nacional de Ciegos en la Ciudad de México, fundada por el aún presidente municipal Ignacio

Trigueros, sin embargo en este periodo México carecía de especialistas en el tema, por el mismo Trigueros tuvo que aprender el sistema Braille, para poder intervenir en la enseñanza y preparar a las personas que iban a trabajar con él. Acondiciono con sus propios recursos el colegio de San Gregorio dos habitaciones que funcionaran como aulas.

Posteriormente la Dirección de Educación Especial (2010) indica que:

En 1871 el presidente Juárez cedió parte del Antiguo Colegio de la Enseñanza para la instalación de la escuela para ciegos y para apoyarla económicamente la Secretaria de Gobernación decreta un impuesto en las loterías públicas, cediendo el 15% de este a la escuela ( p. 25-26).

El consejo superior de salubridad convoca en Enero de 1882 a un Congreso Higiénico Pedagógico, el cual permaneció en sesión desde Enero a Julio de ese año, este tenía como fin poner soluciones a problemáticas que se vivían en el ambiente de la educación en todos los aspectos. Pero no fue hasta el segundo Congreso realizado en 1890 donde se discutió el tema de la Educación Especial, teniendo en cuenta que se consideraban establecimientos de educación especial a los que se dedicaban a los alumnos ciegos, sordos e idiotas, así como penitenciaria y correccional (p. 27-28).

En este Congreso se llegaron a las siguientes conclusiones; las escuelas especiales deben de incrementarse, se hace énfasis en la formación de una cultura nacional, o fomento a una identidad nacional en ellas.

Como se observa la educación para esta población, es tomada a broma, no se comentaron en estas asambleas de la importancia de aplicación de planes de estudio de conocimientos generales, con sus respectivas adecuaciones, ni tampoco aplicaciones de ningún tipo de materia impartida en escuelas regulares.

Siguiendo lo encontrado en la recopilación se rescata también que:

En 1901 Porfirio Díaz comisiono a su hombre de confianza el Dr. Francisco Vázquez Gómez realizar visitas a las principales escuelas de sordos en los Estados Unidos, esta comisión tuvo como fin recolectar métodos de enseñanza que se pudiesen impartir a esta población. Su regreso y con base a las observaciones recobradas propone: en primer lugar que en los Estados y territorios también deberían de existir escuelas para atender al mayor número población de sordomudos, además de que se deberá de practicar un examen inicial a los menores para determinar que método necesitan, oral o mímico y por último iniciar a los niños sordos en el aprendizaje de un oficio con el fin de que algún día puedan ser independientes económicamente (p. 28-29).

#### 6.1 Educación informal.

Dirección de Educación Especial (2010) indica la importancia de la educación en la siguiente afirmación:

La educación ha evolucionado junto con el hombre, como herramienta y memoria, de manera informal cuando aquello que se consideraba de trascendental importancia se transmitía de padres a hijos o de manera formal, a través de métodos y establecimientos constituidos ex profeso para educar o instruir. Así se forman las raíces de la educación (p.22).

Como se pudo observar en el párrafo anterior es inseparable y de suma importancia la educación, no importa en cuál de sus formas, la educación ha evolucionado a la par del hombre, desde el surgimiento del mismo el hombre empezó a aprender para sobrevivir, de la experiencia, la observación y la práctica es que el hombre empieza a comprender el mundo.

La educación informal es aquella que hace uso de la experiencia, la observación y la práctica, siguiendo ese precedente la sexualidad es percibida en primera instancia de manera informal, desde que se nace se hacen evidentes las diferencias entre un sexo y otro, éstas diferencias sustanciales empiezan desde que se realiza una separación de género, se observa cotidianamente que desde el momento del nacimiento se imponen estereotipos, por ejemplo el color de las primeras prendas, si es una niña prepondera el rosa y si es niño el azul agregado a que la manera de festejar el nacimiento de un hombre o mujer son diferentes.

“En el ámbito familiar se consolidan y aprenden muchos de muchos de los contenidos curriculares escolares especialmente los que están relacionados con el desarrollo, aprendizaje social y la autonomía personal y social” (González, 2003, p. 235).

Reiteradamente se ha manifestado en capítulos anteriores que la sana sexualidad depende de los padres, porque desde el nacimiento se puede marcar a los niños de manera brutal, si al momento del nacimiento se manifiestan preferencias por algún género y no resulta en lo esperado, esculpirá una huella profunda en los hijos, pues ellos inconscientemente no aceptaran el género al que pertenecen y adoptarán características del género que los padres esperaban, eso desarrollara a un niño lleno de inquietudes hacia su propia sexualidad.

Por otro lado las conductas que se le celebre a los niños pueden provocar precocidad en su desarrollo, al momento en que se aplaude y anima a los niños que cursan el jardín de niños tengan novio, porque provoca ternura, pero preocupa cuando en algún momento se besen o se levanten las faldas las niñas, dejar a los niños que vivan su sexualidad de manera paulatina y feliz será un punto clave en su desarrollo psicosexual.

No apresurarlos con conductas adultas, sólo porque se piensa que el niño o la niña no es un ser sexual y no siente placer al realizar estas conductas, se debe de tener presente que los seres humanos somos seres sexuales desde el momento del alumbramiento.

El facilitar información incorrecta a los niños repercute en que él vea con naturalidad partes de su cuerpo, se deben de enseñar las partes del cuerpo de manera objetiva sin ponerle sobrenombres a sus genitales u otras partes del cuerpo, no restringir al niño en cuanto a la exploración de su cuerpo puesto que esto coaccionaría con su sano desarrollo, se deben de imponer límites en cuanto a que ciertos comportamientos son íntimos y que existen espacios para realizarlos, pero sin negarles su derecho a realizarlos en sitios adecuados.



## 6.2 Educación formal.

Ésta implica la trasmisión de información objetiva, estructurada, libre de mitos y tabús, que permite que a los jóvenes crear una idea personal a partir de sus propios valores, intereses, preferencias y así dar la oportunidad de que tomen decisiones congruentes con ellos mismos.

En México esta declaración no se cumple del todo en las escuelas públicas, los profesores suelen impartir las clases en su mayoría ya sesgadas por su propia experiencia y no permiten que su educando construya su propio conocimiento y así crear una postura propia. Esta manifestación se sustenta en las múltiples protestas o luchas estudiantiles que se han llevado a cabo en México, exigiéndole al gobierno mejor educación.

Para poder ejercer la enseñanza formal en el área de la sexualidad los educadores deberían de poder despojarse de sus propios miedos, e ideas tanto negativas y positivas del tema, reservarse su propia opinión para así no influir en el desarrollo de las opiniones y conocimientos propios que formaran sus educandos.

## 6.3. Características del educador.

El facilitador de la información debe de ser congruente, respetuoso genuino, empático, y dinámico, debe transmitir conocimientos de la forma más clara y objetiva posible.

Debe de poder generar una reflexión en los individuos y hacer que el aprendizaje se vuelva significativo y de aplicación factible a la vida real.

Para poder ser un buen facilitador de la información se debe de dejar a un lado estigmas, prejuicios, carga moral, etc. Y así proporcionar información libre de miedos, libre de juicios creando un ambiente de armonía y confianza que será un factor clave para que las personas puedan expresar sus dudas, preguntas, miedos y expectativas.

En apoyo a esta iniciativa esta Piaget creador del constructivismo, “postura teórica que pretende dar cuenta de prácticamente todas las facetas del desarrollo cognitivo humano. Este sistema teórico de amplio alcance, asentado en solidas suposiciones filosóficas, contrasta con la multiplicidad de mini-teóricas o modelos que pretender explicar únicamente dominios muy concretos de comportamiento que caracteriza el estado de la psicológica evolutiva actual” (Villar, 2003, p. 263).

La teoría de Piaget es muy compleja, para fines prácticos del presente documento se realizara una acotación sólo a la parte de la asimilación, “que vista desde un punto biológico, la asimilación es la integración de elementos exteriores a estructuras en evolución o ya acabadas de un organismo” (Villar, 2003, p. 269).

Que en lenguaje llano es incrementar desde esquemas previos y desarrollo biológico presente en el adolescente, aunado al ambiente en el que se desenvuelve, construya su propio conocimiento, para que se pueda verter el conocimiento adecuadamente y este sea significativo,

se debe de contar con un facilitador que en este caso será un profesor, que acerca a los estímulos que pretende que el alumno aprenda, resultando en que el conocimiento que se asimile se tomara como propio, este conocimientos se puede instruir a partir de los sentidos, aproximaciones sucesivas, literatura o la unión de todas las anteriores.

El educador deberá de enseñar con el ejemplo, así como se le pide dar conocimiento libre de prejuicios, limitaciones y que sea respetuoso, así deberá de vivir su sexualidad de manera abierta y cómoda, es decir vivirla con naturalidad y responsabilidad para poder transmitir esa conducta y formar individuos íntegros y que puedan ejercer sus derechos sexuales con naturalidad.

## CAPÍTULO VII: EDUCACIÓN SEXUAL EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN MÉXICO.

Como se alude en el Capítulo II, en el apartado de mitos, la sexualidad es parte del ser humano sin importar su condición, es un concepto que es parte de él y de su medio ya que es expuesta en propaganda, revistas, películas, arte, folklore popular y en la vida diaria sin que el ser humano se dé cuenta de manera consciente de este hecho.

La relación del ser humano con su sexualidad es compleja, pues no responde sólo al instinto, sino que se ha vinculado con la racionalidad además de costumbres, normas sociales y morales, que estipulan lo permitido y lo sentenciado, tanto en el ámbito personal como en el colectivo.

La estigmatización que ha rodeado a la sexualidad ha provocado que se mitifiquen ciertos aspectos, puesto que si bien es cierto que es inherente al ser vivo y a su vivir diario, este no es un tema que se toque de manera natural y cotidiana en las pláticas que se tienen en las mesas mexicanas.

Generalmente es un tema resguardado del que se prefiere no hablar, pero este precisamente es el problema, la sexualidad no desaparecerá sólo porque no se hable de ella, todo lo contrario la sexualidad permanecerá.

El ser parte de una comunidad como la mexicana, se puede establecer una mayor aproximación sobre la cultura machista que se maneja, se observa un número decreciente de la

sociedad que maneje de manera total y natural temas de esta índole, podría incluso ser de mal gusto hablar al respecto.

La OMS (2015) menciona que aproximadamente 211 millones de embarazos que según se estima se producen cada año alrededor de 87 millones quedan encinta involuntariamente, esto debido a la desinformación o falta de acceso a métodos anticonceptivos. De mantenerse silenciado podría seguir incrementándose el número de embarazos no deseados, practica de conductas riesgosas, además de abuso.

Si este grupo minoritario poseyera información necesaria respecto a la sexualidad podría tranquilizar ansiedades, que podrían surgir a partir del desarrollo del cuerpo durante la adolescencia, se podría experimentar emociones sin culpa y aceptar el placer como parte de la vida.

En la cultura latina, la sexualidad suele verse de manera adecuada y correcta si se maneja bajo los parámetros aceptados por la sociedad, como lo es el matrimonio entre personas heterosexuales, que busquen como fin la reproducción, ésta percepción de la sexualidad aceptable, que promueve la iglesia católica, que es la religión dominante en el mundo latino, está segregando si se sigue ese patrón a personas de la tercera edad, jóvenes y niños que no están casados o/y que tienen otro tipo de preferencias sexuales, o que no tienen la capacidad de reproducirse, así que son tomados como seres no sexuales, que no sienten o no tienen esa necesidad de explorar, por lo cual no son candidatos para tener información acerca de este tema.

Prueba de esta lucha es el trabajo de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos del Distrito Federal (CNDHDF) que dedica esfuerzos en pro de estos grupos para que sus derechos sean respetados y cumplidos.

Una persona informada tiene mayores posibilidades de disfrutar, conocerse y entender sensaciones propias y de los demás, comprende sus cambios y funcionamiento de su cuerpo y sobre todo acepta su sexualidad como parte de su vida y logra vivirla de manera natural en lugar de ser una fuente de conflicto, miedo e incertidumbre. Sumado a esto, la educación es un factor de protección para evitar que sean víctimas o abusen de otros.

La Constitución de los Estado Unidos Mexicanos dice que todos los ciudadanos mexicanos tienen derecho a la educación en su Artículo 3º, el Diario Oficial de la Federación (2011) da la siguiente definición de este artículo, con algunas reformas que se le aplicaron:

Todo individuo tiene derecho a recibir educación. El estado –federación, estados, distrito federal y municipios–, impartirá educación preescolar, primaria, secundaria y media superior. La educación preescolar, primaria y secundaria conforman la educación básica; esta y la media superior serán obligatorias.

En un extracto del Artículo 3 que fue modificado señala que “la educación que imparta el Estado tendera a desarrollar armónicamente, todas las facultades del ser humano y fomentara en él, a la vez, el amor a la patria, el respeto a los derechos humanos y la conciencia de la solidaridad” (Diario oficial de la federación, 2011).

Dicho de otra manera al tener derecho de recibir educación apropiada, es obligación de los gobiernos y profesionales en la materia realizar programas que apoyen y fomenten la educación sexual para todos.

Amor Pan (citado por Caricote, 2012) propone las siguientes pautas para la educación de la sexualidad en personas con discapacidad:

- La educación sexual debe afrontarse de manera coordinada entre la familia y la escuela. La información/formación debe estar encaminada a orientar su conducta.
- Las pautas de conductas adecuadas deben ser enseñadas formalmente a estas personas, permitiéndoles así la interiorización de comportamientos apropiados para consigo mismo y para otras personas. Por ejemplo, las diferencias entre conductas públicas y privadas con respecto a la masturbación.
- Ayudarles a que disfruten del afecto, amor, el enamoramiento, el placer de forma normalizada, positiva y gratificante, en un plano de igualdad, responsabilidad y respeto mutuo.
- Las personas con discapacidad intelectual deberán aprender a reconocer y comportarse distintamente según sus relaciones vinculantes. Por ejemplo, es distinto la conducta ante un amigo, familia o extraño.
- Encausar las conductas masturbatorias hacia momentos y lugares adecuados, resaltando la necesidad de unos correctos hábitos de higiene e intimidad.
- Los contenidos de la sexualidad se deben tratar de forma sencilla, explícita y positiva, propiciando un clima de expresión sexual saludable y socialmente aceptable.

- Deben aprender a decir “NO” sin ceder a las presiones y así se correría un menor riesgo al abuso sexual.
- Es conveniente, dependiendo de la edad y grado de retardo intelectual, que conozcan los métodos anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual para orientar hacia relaciones sexuales sin riesgos (pp.398-399).

En el país no existe una tradición de participación de parte de los padres con la escuela y las actividades que se desarrollan en el aula, ésta situación debe de cambiar puesto que es verdaderamente importante como ya se mencionó antes, la interacción y participación de los padres en el aprendizaje de su hijo, para que afiancen lo enseñado en clase y lo adapten a situaciones cotidianas.

En las III Jornadas científicas de investigación sobre personas con discapacidad Arnáiz (1999) y demás profesionales introdujeron el siguiente cuadro para tomar de referencia puntos clave que propone desde estas tres vertientes para realizar programas de educación a las persona con discapacidad.

Principios del proceso de enseñanza/ aprendizaje estructuralista/constructivista/holístico.
Asunciones Estructuralistas.
Toda experiencia aprendida es mayor a la suma de sus partes.
Interacción de la experiencia aprendida trasforma tanto la espiral de cada persona (el total) como la experiencia individual (parte).



<p>La espiral de conocimientos del que aprende es autoreguladora y se autopreserva.</p>
<p>Principios Constructivistas.</p> <p>Todas las personas son aprendices, buscan siempre activamente y construyen nuevos significados, aprendiendo siempre.</p> <p>El mejor pronosticador de lo que alguien aprenderá y como lo aprenderá es lo que ya conoce.</p> <p>El desarrollo de formas exactas sigue a la aparición de la función y el significado.</p> <p>El aprendizaje procede frecuentemente del todo a la parte de nuevo al todo</p> <p>Los errores son críticos para el aprendizaje.</p>
<p>Supuestos Holísticos.</p> <p>Los que aprenden lo hacen mejor a partir de experiencias sobre las que se sienten apasionadamente interesados e involucrados.</p> <p>Los que aprenden lo hacen mejor de personas en las que confían.</p> <p>Las que mejor se aprenden son las experiencias relacionadas con los conocimientos e intereses actuales del aprendiz.</p>

(p. 49)

Para que la educación otorgada a las personas con Discapacidad cognitiva sea eficaz, debe ser individualizada y comprensible, centrándose no sólo en los aspectos reproductivos físicos, sino haciendo énfasis en la enseñanza sobre la toma de decisiones, normas culturales, las presiones de la comunidad, los tipos de relaciones que existen, las habilidades sociales y las responsabilidades.

Un plan de estudios eficiente deberá asegurar que las personas con discapacidad cognitiva comprenderán y conocerán sus cuerpos, sus emociones, sus comportamientos y sus relaciones dentro de su entorno social y cultural. Poseerán información acerca de las relaciones sexuales, así como otras expresiones de la sexualidad, para que esto sirva de ayuda y prevención en posibles abusos que pueda llegar a enfrentar la persona con discapacidad.

## CAPÍTULO VIII: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN MÉXICO.

La salud sexual “es la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencialicen la personalidad, la comunicación y el amor” (OMS, 1975, p. 6)

En el Programa Nacional de Salud que realizó la SSA (2001) se reconoce que las personas con discapacidad necesitan programas de salud sexual y reproductiva y su propósito fundamental es promover acciones multisectoriales en colaboración con el sector privado y la sociedad civil.

Siguiendo lo dicho por la SSA (2001) en el Programa Nacional de Salud se asevera lo siguiente:

El reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad, del pleno disfrute de su sexualidad y del acceso a la metodología anticonceptiva, implica la intervención de todo el personal de salud para brindar orientación, asesoría y facilidades para que acudan a las unidades médicas y se les proporcione el método adecuado al tipo de discapacidad que presenten. Se debe otorgar atención médica y psicológica en salud sexual y reproductiva a las personas discapacitadas con equidad, oportunidad y humanismo, conforme a las normas, conocimientos médicos y principios éticos vigentes (p. 26).

La salud reproductiva debe entenderse como el estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos; es decir, es la capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad de decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y el espaciamiento de los hijos. La salud reproductiva está directamente relacionada con la calidad de vida, la sexualidad y la familia (SSA, 2001).

En otras palabras la salud sexual está íntimamente relacionada con el autocuidado, este evitara enfermedades, abusos, embarazos no esperados y la muerte prematura. Seleccionar con quién se forma una pareja, elegir cuándo y cuántos hijos tener y cómo mantener la salud y gozar la sexualidad, son decisiones que representan el ejercicio de la sexualidad responsable y sin riesgos.

La promoción de la salud sexual requiere de un proceso de educación y dotación de herramientas educativas, de acceso universal y calidad a todas las personas. La educación de la sexualidad conforma un proceso de adquirir información y formar actitudes y valores positivos.

La meta primaria de la promoción de información acerca del tema de la salud sexual, es disminuir los costos económicos, sociales y psicológicos derivados del ejercicio de la sexualidad desinformada, el poseer información oportuna ayudara a que se adquiriera recursos necesarios para tomar decisiones sobre la vida presente y futura.

SSA (2001) sustenta que a partir de la inserción de esta información a su Programa Nacional de Salud ayudara a que se reduzcan los índices en las siguientes situaciones:

Con la prestación de servicios de planificación familiar de calidad, accesible y oportuna, se evitan gastos hospitalarios no previstos derivados de la atención del embarazo, parto y puerperio, así como de sus complicaciones. Asimismo, se reducen los costos sociales para la manutención de los hijos inesperados, la deserción escolar, la marginación, el desempleo, el hacinamiento, la violencia intrafamiliar y los niños sin hogar (p. 18).

#### 8.1 Abuso sexual.

En la generalidad, el temor a hablar de sexualidad con las personas con discapacidad, tiene como consecuencia una significativa falta de información que afecta tanto a la práctica sexual del discapacitado como a la hora de enfrentarse o evitar situaciones de abuso.

Garvía (2011) manifiesta la siguiente definición de abuso sexual:

Se entiende por abuso sexual cualquier actividad de explotación sexual y emocional de un menor o bien de una persona incapaz de comprender los matices sexuales de una relación y sus consecuencias (por una capacidad cognitiva insuficiente), o bien de una persona subordinada al poder del agresor. La persona abusada hace o deja que le hagan lo que no desea hacer o no ha consentido o, simplemente, no entiende (p. 50).

Las personas con discapacidad son especialmente vulnerables a ser abusadas, pues es muy difícil que la persona denuncie, puede ser que por miedo, o por falta de comprensión ante lo sucedido, por lo cual la persona no sabrá que fue lo que realmente sucedió por esta razón es verdaderamente sustancial hacer talleres que ayuden a las personas a estar informadas y poder prevenir este tipo de situaciones.

Garvía (2011) encontró lo siguiente:

Existen algunos indicadores que pueden informar sobre abuso sexual: ansiedad, agresividad, tristeza, baja autoestima, rechazo a una persona, alteraciones del sueño y de la alimentación, conducta agresiva o impulsiva, conducta muy sumisa, juego sexual inapropiado y persistente consigo mismo o con sus iguales, falta de confianza en las personas, dificultades, escasez o ausencia de relaciones con los iguales (aislamiento), negación a participar en actividades sociales y grupales, naturalmente verbalizarlo (pp. 50-51).

Por lo dicho anteriormente se puede afirmar que son graves las consecuencias que conlleva ser víctima de abuso sexual y al ser esta población vulnerable a padecerlo es imperativo que los padres, profesionales y entidades de gobierno y salud se unan para crear intervenciones que ayuden a que estas situaciones sean las menos, y que esta población cuente con las herramientas necesarias para defenderse o evitar un posible abuso.

CAPÍTULO IX: PROPUESTA DE TALLER DE ORIENTACION EN EDUCACION  
SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA PARA PERSONAS DE ENTRE 10 A 18 AÑOS QUE  
PRESENTAN DISCAPACIDAD COGNITIVA LEVE Y MODERADA.

Se plasma el presente taller para llevarse a cabo con poblaciones de personas que presenten discapacidades cognitivas y que tengan una edad que oscile entre los 10 años hasta los 18 años. El grupo tendrá un cupo limitado para máximo 10 jóvenes con discapacidad cognitiva.

9.1 Objetivos generales.

1. Proporcionar conocimientos básicos en materia de sexualidad a los(as) jóvenes con discapacidad cognitiva.
2. Crear conciencia en los jóvenes con discapacidad de la importancia de llevar a cabo una vida amorosa y sexual saludable, responsable y placentera.
3. Implementar estrategias que fomenten la sensibilización a los padres de que sus hijos tienen derecho de ejercer una vida sexual sana y responsable.

9.2 Aprendizajes esperados:

1. Proporcionar información acerca de la discapacidad cognitiva y la educación sexual, para que:

- Comprendan que la práctica de la sexualidad es inherente a la vida de cualquier persona, incluyendo a una persona con discapacidad cognitiva.
  
  - Conozcan la importancia de practicar sus derechos y responsabilidades sexuales.
  
  - Conozcan métodos para la prevención de embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual.
2. Crear conciencia en los jóvenes con discapacidad de la importancia de llevar a cabo una vida amorosa y sexual saludable, responsable y placentera, para que:
- Practiquen técnicas específicas para promover y preservar su salud amorosa y sexual.
  
  - Reflexionen acerca de los problemas que conlleva practicar una vida amorosa y sexual no saludable, irresponsable e insatisfactoria.
3. Implementar estrategias que fomenten la sensibilización a los padres de que sus hijos tienen derecho de ejercer una vida sexual sana y responsable.
- Reconozcan que su hijo (a) también es una persona sexuada y que eso no es algo negativo.



- Comprendan la importancia de practicar medidas de orientación y apoyo para que los(as) jóvenes con discapacidad cognitiva ejerzan sus derechos y responsabilidades sexuales.

### 9.3 Metodología.

El presente programa tiene la modalidad de curso-taller de manera vivencial. Primero se informará a los padres sobre el contenido del taller y la mecánica de trabajo; posteriormente se les involucrará en el mismo taller en las dos últimas sesiones para que adquieran conocimiento referente al tema, de esta manera puedan orientar a su hijo (a), si en algún momento lo requieren.

Se efectuarán dos evaluaciones durante el taller, un pre test y un post test, para evaluar los conocimientos adquiridos en el taller, esta evaluación se les proporcionará al final si así lo demandan, se les instará durante todo el taller que implementen la información adquirida.

Las técnicas que utilizarán con los participantes con discapacidad cognitiva serán participativas, como actividades lúdicas y dinámicas que ayuden a comprender e interiorizar el contenido, así como construir conciencia acerca de lo imperativo que es el cuidado de la sexualidad.

Simultáneamente, en el grupo de padres y/o tutores, recibirán información casi idéntica que la de sus hijos, pero en forma más teórica, para que realice un acompañamiento como facilitador y favorezca con herramientas positivas para el desarrollo de la vida sexual y reproductiva de su hijo.

Cada sesión para los jóvenes con discapacidad cognitiva durará 1 hora, y la de los padres tendrá una duración de dos horas, con un total de diez sesiones (ocho sesiones con los estudiantes y dos sesiones con los padres).

#### 9.4 Recursos materiales.

- Trípticos informativos.
- Proyecciones informativas.
- Pelotas
- Proyector
- Imágenes a tamaño natural del cuerpo humano femenino y masculino
- Plumones de diferentes colores.
- Computadoras.
- Cartulinas
- Colores
- Pegamento
- Dibujo figura humana femenina y masculina a menor escala.
- Plumas.
- Plastilina.
- Cinta adhesiva
- Imágenes del cuerpo humano femenino y masculino en hojas tamaño carta.
- Letreros con los nombres de todas las partes del cuerpo.

- Impresión de los derechos humanos.
- Impresión de los derechos sexuales de las personas con discapacidad.
- Impresión de los objetivos y particularidades del taller.
- Imágenes que representen las diferentes relaciones interpersonales que existen:

desconocidos, amigos, pareja, núcleo familiar mamá, papá y hermanos.

- Imágenes que describan sus diferentes derechos sexuales.
- Video “Adolescencia y sexualidad”

[https://www.youtube.com/watch?v=98Z4rjts8\\_Y](https://www.youtube.com/watch?v=98Z4rjts8_Y)

- Video “Lucha por tus sueños”

<https://www.youtube.com/watch?v=Q7kBpPfAzr>

## Primera sesión.

Tema de la sesión: “Todos somos diferentes.”			Objetivo: Indagar el nivel de conocimientos que posea el grupo acerca de la sexualidad y sus conceptos básicos, además de empezar a realizar ejercicios de autovalia.	
TIEMPOS	ACTIVIDADES DEL FACILITADOR	ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE	MATERIALES	EVALUACIÓN
5 minutos	<p><b>Bienvenida.</b></p> <p>Presentación de la ponente y objetivos del taller:</p> <p>Proporcionar conocimientos básicos en materia de sexualidad.</p> <p>Crear conciencia de la importancia de llevar a cabo una vida amorosa y sexual saludable, responsable y</p>	<p>Prestar atención a la ponente para que aclarez dudas, preguntas o comentarios que se puedan presentar acerca del taller (expectativas).</p>	No aplica.	Comprobar entusiasmo de los participantes respecto el taller.

	<p>placentera.</p> <p>Implementar estrategias que fomenten la sensibilización a los padres de que sus hijos tienen derecho de ejercer una vida sexual sana y responsable.</p> <p>Aunado a la explicación de los objetivos generales también se les informará a los participantes que todo lo que se mencione, escriba, dibuje, etc. Será tomado de manera confidencial y que ellos pueden decir lo que piensan del tema que estamos tratando, sin temor a ser juzgados, violentados o menospreciados, todas</p>			
--	---	--	--	--

	<p>las aportaciones serán valoradas y tomadas en cuenta, ninguna es errónea todas las dudas se trataran de responder lo mejor posible.</p>			
15 minutos	<p><b>Hacer empatía con el grupo.</b></p> <p>Se realizará una dinámica de integración grupal, en la cual se lanzara una pelota de plástico al azar, él participante que la reciba tendrá que decir su nombre, género al que pertenece y su edad.</p> <p>Empezara la facilitadora para que tengan un ejemplo concreto de lo que se espera en esta actividad.</p>	<p>El estudiante proporcionará su nombre, género y edad y lanzara la pelota de platicó (dependiendo de las características del grupo con o sin ayuda), a otro compañero de manera azarosa.</p>	<p>Una pelota de plástico.</p>	<p>Esta actividad tendrá como función el evaluar si el participante reconoce el género al que pertenece y si posee la capacidad de auto reconocimiento.</p> <p>Aunado está actividad tiene como propósito de ser generadora de empatía dentro del grupo y con la facilitadora.</p>

	<p>“Mi nombre es Viridiana, mi género es femenino y tengo 26 años”.</p>			
10 minutos	<p><b>Evaluación de conocimientos sobre el tema de discapacidad.</b></p> <p>Se llevará a cabo una lluvia de ideas con las respuestas que los participantes proporcionen a las siguientes preguntas que les hará de manera oral la facilitadora.</p> <p>¿Conocen la discapacidad que poseen?</p> <p>¿Qué consecuencias tiene el presentar esta discapacidad?</p>	<p>Los participantes tendrán que dar su opinión al respecto del tema discapacidad, además de que pueden expresar dudas y opiniones breves que tengan al respecto.</p>	<p>Plumones y pizarrón.</p>	<p>Lo que se pretende valorar en esta actividad es si el participante es consciente o no de que presenta una discapacidad, que piensa de ella, como se siente, si cree que presentar una discapacidad es un limitante o un potencializador, la manera en la que se percibe como ser social, y si por el contrario el participante no es</p>

	¿Los limita en algo presentar una discapacidad?			consciente de que presenta una discapacidad hacerle notar que no es un limitante en ningún aspecto.
15 minutos	<p><b>Evaluar conocimiento del tema sexualidad.</b></p> <p>En este apartado lo que se busca es indagar respecto a los conocimientos previos al tema sexualidad. El facilitador se dirigirá a la audiencia y les pedirá que cuatro personas se ofrezcan a pasar al frente donde se habrán pegado previamente dos esquemas del cuerpo humano a tamaño</p>	<p>Los cuatro participantes voluntarios tendrán que pasar al frente y poner o colocar letreros, esto según sus capacidades, sobre los esquemas que estarán al frente de un cuerpo masculino y un cuerpo femenino, el nombre de todas las partes que ellos reconozcan de cada uno de los cuerpos. Cuando ellos terminen de nombrar todas las</p>	<p>Cuatro esquemas del cuerpo humano a tamaño natural (femenino y masculino), 20 imágenes del cuerpo humano en hojas tamaño carta (10 serán de hombre y 10 corresponderán al cuerpo femenino, letreros con los nombres de todas las partes del cuerpo y plumones.</p>	<p>Se espera que los participantes empecen a ver las diferencias que existen entre cada cuerpo y que empiecen a generar un concepto de sexo y sexualidad vista desde el ámbito anatómico.</p>



	<p>natural de un hombre y una mujer y se les pedirá que mencionen las partes del cuerpo que conozcan de cada imagen, y les pondrán el nombre de cada parte con plumones que les proporcionará.</p> <p>Posteriormente se les dirá a los voluntarios que se pueden volver a sentar y se les preguntara a los demás participantes, si están de acuerdo con lo dicho por sus compañeros si alguno piensa que existe algún error pondremos el nombre de la parte del cuerpo que ellos piensen que es la correcta.</p>	<p>partes del cuerpo los alumnos que estén sentados tendrán que decir si están de acuerdo o si ellos piensan que hubo algún error lo comenten.</p> <p>Finalmente compararan ambos cuerpos y dirán cuáles para ellos son sus diferencias y sus similitudes.</p>		
--	--	--	--	--

	<p>Finalmente la facilitadora pondrá otras dos imágenes iguales a las anteriores pero con los nombres de todas las partes del cuerpo escritas de manera correcta y se hará una comparación.</p> <p>Se les preguntará cuales son las diferencias que ellos notan entre los dos cuerpos, la facilitadora ira anotando la lluvia de ideas en el pizarrón.</p> <p>Como conclusión se les darán dos imágenes en tamaño carta a todos los participantes, uno corresponderá al cuerpo femenino y otro al cuerpo masculino.</p>			
--	---	--	--	--

10 minutos	<p><b>Brindar información acerca de la sexualidad, sexo, relaciones coitales, partes del cuerpo y género.</b></p> <p>Se proporcionarán explicaciones breves y concretas sobre cada concepto:</p> <p>Se tomara la definición del Programa de Acción: Salud Reproductiva, documento elaborado por la Secretaria de Salud en el 2000, que explica que el término de sexo se refiere “al conjunto de</p>	<p>Los participantes deberán de prestar atención a la facilitadora además de que deberán de participar en la lluvia de ideas que se realizara.</p>	Plumones.	<p>Construir de manera grupal conceptos básicos que serán utilizados durante todo el taller, además de que se busca indagar el grado de asimilación de la información hasta este momento del taller.</p>

	<p>características anatómicas y fisiológicas que hacen diferentes al hombre y a la mujer” .</p> <p>En cuanto al concepto de relaciones coitales, podemos resumirlo como el acto de penetración que si se realiza entre un hombre y una mujer posibilita la reproducción.</p> <p>Género es la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. Sera el grado de identificación ya sea masculina o femenina o ambas.</p> <p>Mientras que el sexo es</p>			
--	--	--	--	--

	<p>biológico, el género está definido socioculturalmente (Cano y Di Bari, 2010, p. 11).</p> <p>La Secretaria de Salud propone un enfoque de género (hombre o mujer); identidad de género (convicción de ser hombre o mujer) y el rol de género (el papel que se ha de jugar en la vida: masculino o femenino) estos elementos deben de conocerse para poder tener un mejor enfoque respecto a esta construcción que da un lugar o papel en esta sociedad (DIF y SSA, 2000, p.52).</p>			
--	---	--	--	--

	<p>También se reforzaran las partes del cuerpo femenino y masculino, además de que se les preguntara que es para ellos ser hombre o mujer, la facilitadora anotara todas las ideas en el pizarrón para que con ellas se realice un concepto de género grupal.</p>			
5 minutos.	<p><b>Cerrar sesión y dejar tarea.</b></p> <p>La facilitadora les preguntara lo siguiente.</p> <p>¿Les gusto o no el taller?</p> <p>¿Cómo se sintieron el día de hoy?</p> <p>¿Qué aprendieron?</p>	<p>Respondan a las preguntas y realicen tarea.</p>	<p>No aplica.</p>	<p>Saber sus dudas respecto al tema y evaluar en que aspectos se debe de hacer mayor énfasis, además de que conocer si hubo empatía con la facilitadora o no.</p>

	Se les dejara una pequeña tarea, en una hoja anotaran todas las dudas que tengan respecto a la sesión.			
--	--	--	--	--

## Segunda sesión.

Objetivo	Nombre de la sesión: ¿Todos nos desarrollamos igual? .		Objetivo: Repasar conceptos básicos de la sexualidad y enseñarles que ellos también son seres sexuales.	
TIEMPOS	ACTIVIDADES DEL FACILITADOR	ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE	MATERIALES	EVALUACIÓN
5 minutos	<p data-bbox="272 869 619 1115">Bienvenida, pedir tareas de la sesión 1 y llevar a cabo ejercicios de relajación.</p> <p data-bbox="272 1220 619 1921">La facilitadora pedirá las tareas que se les dejó que realizaran en la sesión uno, posteriormente se le pedirá a los participantes que se levanten de sus sillas y que cierren sus ojos, tomen aire por la nariz y lo sostengan unos momentos para después</p>	<p data-bbox="638 869 877 1332">Entregarán tareas de la sesión uno y prestarán atención a la facilitadora para llevar a cabo los ejercicios de respiración</p>	No aplica.	<p data-bbox="1139 869 1474 1254">Se busca que los participantes estén en relajados para que puedan tener un mejor desempeño durante la sesión.</p>



	expulsarlo suavemente, contando hasta cuatro, en cada fase, serán tres fases.			
5 minutos	<p>Retomar temas de la sesión 1.</p> <p>La facilitadora preguntara acerca de los temas de la sesión 1 lanzándoles una pelota de plástico de manera azarosa a los participantes.</p> <p>Se dará la siguiente instrucción:</p> <p>Lanzare esta pelota y a quien le caiga tendrá responder una pregunta respecto a la sesión anterior así que pongan mucha atención, les pido que solo conteste la persona a la que le caiga la</p>	<p>Los participantes deberán de prestar atención y en caso de ser elegido para que responda alguna pregunta deberá de hacerlo.</p>	Una pelota de plástico.	<p>Evaluar conocimientos aprendidos en la sesión pasada.</p>

	<p>pelota.</p> <p>Las preguntas que se harán serán las siguientes:</p> <p>¿A qué se refiere la palabra género?</p> <p>Menciona tres partes del cuerpo que correspondan a un cuerpo masculino.</p> <p>Menciona tres partes del cuerpo que correspondan a un cuerpo femenino.</p> <p>¿Qué son las relaciones coitales?</p>			
5 minutos	<p>Lluvia de ideas para indagar sobre el conocimiento que posean acerca de su desarrollo biológico.</p> <p>Se les preguntara si conocen los cambios que tendrá su cuerpo a lo largo de su vida y se anotaran</p>	<p>Deberán de poner atención y ser participativos a los cuestionamientos que se les hagan.</p>	<p>Plumones y pizarrón.</p>	<p>Evaluar conocimientos previos, mitos e ideas erróneas sobre el tema.</p>

	los cambios que ellos mencionen en el pizarrón.			
15 minutos	<p>Cuerpo humano y desarrollo biológico.</p> <p>La facilitadora utilizará las ideas que mencionaron los participantes para hacer una introducción al tema de los cambios físicos que ocurrirán en su pubertad y les mostrará el video Adolescencia y sexualidad, hasta la parte de cambios anatómicos, para reforzar los conceptos y mostrarles los cambios que tendrán en su pubertad y adolescencia.</p> <p>Pasaran al frente y con ayuda de las imágenes que estarán colocadas al frente</p>	<p>Prestar atención a la facilitadora y al video.</p> <p>Posteriormente participar y poner en práctica conocimientos adquiridos acerca de los cambios físicos a los que se someterá.</p>	<p>Imagen de cuerpo humano a tamaño natural. (femenino y masculino),plumones, letreros con los cambios físicos que tendrán, proyector y pizarrón</p>	<p>Formar conocimiento acerca de los cambios que tendrán a lo largo de su pubertad y quitar mitos o inquietudes que se tengan acerca de los cambios físicos que experimentaran o que ya experimentan en su pubertad.</p> <p>Así como también discernirán entre los diversos cambios físicos.</p>

	tomaran un letrero y pondrán el cambio físico al sexo correspondiente.			
25 minutos	<p>Todos somos seres sexuales.</p> <p>La facilitadora retomara el tema de sexualidad, que ya se había dado anteriormente en la sesión uno de manera breve, se les hablara acerca del concepto visto desde una visión holística, desde el explicar a los participantes que todos somos seres sexuales desde el momento del nacimiento, que la Sexualidad es parte de lo que somos y que no se reduce solo a las relaciones coitales.</p>	<p>El participante deberá de poner atención y expresar sus dudas si es que las presenta en algún momento mientras se esté explicando el tema.</p> <p>Posteriormente deberá de participar en la lluvia de ideas para que se construya la definición de los conceptos que se explicaron para</p>	<p>Plumones de colores y pizarrón.</p>	<p>Que los participantes puedan construir conceptos propios de los temas de género, sexo y relaciones coitales, manera clara, objetiva y sencilla.</p>

	Después de dar la explicación acerca del tema la facilitadora empezara a cuestionarles que fue lo que entendieron y mediante una lluvia de ideas se buscara construir una definición de sexualidad de manera grupal.	que construya el propio.		
5 minutos	Cerrar sesión.  La facilitadora se despide y para finalizar y cerrar temas les cuestiona lo siguiente:  ¿Cómo se sintieron el día de hoy?, ¿Qué aprendieron?.	Contestaran las preguntas que se les hicieron.	No aplica.	Conocer si los participantes interiorizaron los temas que se les presentaron y saber si se sienten cómodos antes los mismos.

## Tercera sesión.

Objetivo	Nombre de la sesión: ¡Querámonos más!		Objetivo: Darles conceptos de autoestima y valoración de la propia imagen.	
TIEMPOS	ACTIVIDADES DEL FACILITADOR	ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE	MATERIALES	EVALUACIÓN
3 minutos	<p><b>Bienvenida y llevar a cabo ejercicios de relajación.</b></p> <p>La facilitadora pedirá a los participantes que se levanten de sus sillas y que cierren sus ojos, tomen aire por la nariz y lo sostengan unos momentos para después expulsarlo suavemente, contando hasta cuatro, en cada fase, serán tres fases.</p>	<p>Prestaran atención a la facilitadora para llevar a cabo los ejercicios de respiración.</p>	No aplica.	<p>Se busca que los participantes estén en relajados para que puedan tener un mejor desempeño durante la sesión.</p>
10 minutos	<p><b>Despejar dudas.</b></p> <p>La facilitadora con ayuda de los participantes disipara las interrogantes que expusieron en la tarea de la sesión 1.</p>	<p>Los participantes prestaran atención a las dudas que se leerán y ayudara a resolverlas con</p>	No aplica.	<p>Apreciar la atención y motivación que tienen por el tema además de que se busca que ellos mismos puedan apoyar</p>

	<p>Se dará la siguiente indicación para que se pueda llevar a cabo el objetivo planteado:</p> <p>El día de hoy contestaremos las dudas que ustedes mismos expusieron en sus tareas y se irán leyendo cada una de las dudas, y si alguno sabe cuál es la respuesta levante la mano.</p>	<p>ayuda a los conocimientos que se le dieron en las sesiones anteriores.</p>		<p>en la resolución de las interrogantes con la información que ya se les dio en las dos primeras sesiones.</p>
17 minutos	<p><b>Autoestima.</b></p> <p>La facilitadora les preguntara si alguno ha escuchado la palabra autoestima, y de ser así que saben de ella, se pondrán cada uno de los conceptos que los participantes den en el pizarrón, posteriormente pondrá un video relacionado a la autoestima llamado “Lucha por tus sueños”.</p>	<p>Los participantes deberán de tener una participación activa en lo que respecta al tema tratado en la sesión.</p>	<p>Proyector y plumones.</p>	<p>Examinar si ya se tenía un concepto previo del tema, además de que se indagara acerca de cómo ellos reaccionan hacia este tema, de que a partir de sus diferencias también poseen características que hacen especiales a todos.</p>

	<p>En este caso se utilizara la definición de autoestima dada por la Dirección General de Servicios Médicos de la UNAM, plasmada en un documento llamado Cápsulas para la vida (2008),</p> <p>“Autoestima es el juicio valorativo que cada persona elabora respecto de su propia persona, [...] con base en las características y atributos que posee y decide si es valiosa o no conforme a sus atributos personales” .</p> <p>Consecutivamente se les facilitará una breve explicación acerca de la manera en la que se relaciona el video con el tema, y hacerles saber que la intención del video es que</p>			
--	--	--	--	--



	<p>no importa que otros estén diciéndote que no puedes, todos tenemos características que hacen únicos y especiales a cada persona, y eso no debe de perderse de vista nunca.</p>			
25 minutos	<p><b>Fomentar la autoestima y autonomía.</b></p> <p>Para ejemplificar y que quede más claro el concepto de autoestima y que fomenten su autonomía se realizara una dinámica grupal.</p> <p>La facilitadora dará la siguiente indicación:</p> <p>El grupo se levantara y se pondrá en círculo y cada uno dirá alguna característica posea que considere que son positivas (cualidades, logros, destrezas, conocimientos,</p>	<p>Los participantes deberán de poner atención y seguir indicaciones, así como también participar en la dinámica</p>	No aplica.	<p>Explorar si los participantes reconocen sus virtudes, además de que esta actividad ayudara a la facilitadora a reconocer el nivel de autovalia que los participantes poseen.</p>

	<p>capacidades...).</p> <p>La facilitadora empezara para que después continúe el participante que se encuentre a su derecha,</p> <p>“Yo soy Viridiana, me considero una mujer inteligente que lucha por sus sueños”.</p>			
5 minutos	<p><b>Cerrar sesión.</b></p> <p>La facilitadora preguntara si quedo alguna duda de lo visto en la sesión, y les cuestionara lo siguiente:</p> <p>Después de todo lo que vimos hoy, quien me dice ¿Por qué todos somos valiosos?</p>	Los participantes contestaran al cuestionamiento de la facilitadora.	No aplica.	Se explorara los conceptos construidos en la sesión.

## Cuarta sesión.

Objetivo	Nombre de la sesión: Tipos de relaciones sociales.		Objetivo: Darles información clara acerca de los tipos de relaciones sociales que existen y normas sociales.	
TIEMPOS	ACTIVIDADES DEL FACILITADOR	ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE	MATERIALES	EVALUACIÓN
3 minutos	<p><b>Bienvenida y llevar a cabo ejercicios de relajación.</b></p> <p>La facilitadora pedirá a los participantes que se levanten de sus sillas y que cierren sus ojos, tomen aire por la nariz y lo sostengan unos momentos para después expulsarlo suavemente, contando hasta cuatro, en cada fase, serán tres fases.</p>	<p>Prestarán atención a la facilitadora para llevar a cabo los ejercicios de respiración.</p>	No aplica.	Se busca que los participantes estén en relajados para que puedan tener un mejor desempeño durante la sesión.

15 minutos	<p><b>Conocer relaciones personales a las que se pueden enfrentar.</b></p> <p>La facilitadora mostrara cada una de las posibles relaciones a las que como ser social experimentaremos; amigos, conocidos, extraños, familiares, mamá y papá, novios (as).</p> <p>Aunado al concepto se reforzara el aprendizaje con una actividad de psicodrama, en la que la facilitadora seleccionara a 4 participantes para que actúen alguna de las relaciones sociales que existen, los demás participantes deberán de identificarlas.</p>	<p>Los participantes deberán de poner atención y tener una participación activa.</p> <p>Los participantes que sean seleccionados para actuar deberán de hacerlo, si tienen alguna duda pueden dirigirla a la facilitadora y ella les proporcionara la asistencia necesaria.</p>	No aplica.	<p>Se busca que los participantes formen asimilaciones concretas y reales del tema a tratar en esta sesión, por lo que además de teoría se reforzara con el ejercicio de identificación de cada uno de los conceptos de las relaciones sociales.</p>
------------	---	---	------------	--

25 minutos	<p><b>Derechos.</b></p> <p>Se manifestara que todo ser vivo tiene derechos y obligaciones y que son muy importantes y es esencial que los conozcamos, se dará una impresión a cada uno de los participantes en la que se plasmarán los 53 derechos con los que contamos.</p> <p>Con el apoyo de imágenes alusivas al tema se ejemplificaran algunos de ellos; los que se consideró de mayor importancia, en este caso se pondrá énfasis en: el derecho a la educación, derecho a la</p>	<p>Los participantes se darán a la tarea de conseguir imágenes que ellos consideren que aluden al tema visto, y entre ellos se organizaran para realizar de manera ordenada la actividad.</p>	<p>Pegamento, revistas, colores, cartulina, tijeras, imágenes alusivas a los derechos y obligaciones que toda persona tiene.</p>	<p>Se busca observar si pueden trabajar en equipo, así como fomentar que se formen relaciones interpersonales entre ellos.</p>

	<p>salud, derechos sexuales y reproductivos.</p> <p>Para cerrar el tema de derechos y obligaciones se realizara un collage entre todos los participantes.</p>			
15 minutos	<p><b>Decir que no.</b></p> <p>Se ejecutará una dinámica de prevención, en este caso la facilitadora invitará a todos a que se levanten de su lugar y se acomoden en círculo, una persona se pondrá en medio del círculo formado, y se le explicara a la persona que se encuentre en medio que todos poco a poco cerraran el círculo, ella tiene que decir la palabra NO, cuando ya no quiera que nos acerquemos más a ella.</p>	<p>Los participantes tendrán que respetar indicaciones dadas por la facilitadora.</p>	No aplica.	<p>Examinar si los participantes son capaces de expresar sus inconformidades y necesidades, así como también averiguar si tienen la capacidad de auto protegerse.</p>

2 minutos	<p><b>Cerrar sesión.</b></p> <p>Se les cuestionará acerca de su aprendizaje en esta sesión.</p>	<p>Los participantes deberán de tener una participación activa y contestaran la pregunta.</p>	No aplica.	<p>Escudriñar los conocimientos obtenidos en esta sesión.</p>

## Quinta sesión.

Objetivo	Nombre de la sesión: Cuidémonos.		Objetivo: fomentar conductas de prevención y conocer que caricias les gustan y cuales les disgustan.	
TIEMPOS	ACTIVIDADES DEL FACILITADOR	ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE	MATERIALES	EVALUACIÓN
3 minutos	<p><b>Bienvenida y llevar a cabo ejercicios de relajación.</b></p> <p>La facilitadora pedirá a los participantes que se levanten de sus sillas y que cierren sus ojos, tomen aire por la nariz y lo sostengan unos momentos para después expulsarlo suavemente, contando hasta cuatro, en cada fase, serán tres fases.</p>	<p>Prestaran atención a la facilitadora para llevar a cabo los ejercicios de respiración.</p>	No aplica.	Se busca que los participantes estén en relajados para que puedan tener un mejor desempeño durante la sesión.
15 minutos	<p><b>Prevención.</b></p> <p>La facilitadora empezara la sesión hablando sobre las</p>	<p>Anotaran los diferentes conceptos que se les dieron,</p>	<p>Revistas, tijeras, hojas blancas, colores, plumones,</p>	<p>Explorar si pueden discernir entre demostraciones de afecto agradable o</p>



<p>diferentes demostraciones de afecto que pueden resultar agradables o desagradables:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-abrazos.</li> <li>-besos.</li> <li>-caricias.</li> <li>-tocamientos.</li> </ul> <p>Posteriormente de dar los diversos conceptos se realizará una actividad para que puedan diferenciar las diversas demostraciones de afecto que les resulten agradables o desagradables.</p> <p>Se dará la siguiente instrucción para la actividad:</p> <p>Se dividirán en dos grupos, serán de 5, cada equipo recortará imágenes que muestren una caricia agradable y una desagradable y después péguelas en la cartulina,</p>	<p>además de que prestaran atención a la actividad y se apoyarán en el trabajo de equipo.</p>	<p>pegamento y cartulina.</p>	<p>desagradable, y si se han enfrentado a alguno de los diferentes casos, de ser afirmativo que han hecho al respecto.</p>
---	---	-------------------------------	--

	<p>diferenciado las caricias agradables y las desagradables.</p> <p>Deberán de pasar al frente a explicar su trabajo y explicarlo, además de que cada integrante comentara si ha experimentado alguna de las diversas demostraciones de afecto.</p>			
10 minutos	<p><b>Autoconocimiento de las sensaciones positivas o negativas.</b></p> <p>La facilitadora les dará un dibujo de la figura humana en tamaño carta a cada uno de los integrantes, se les dará el dibujo de acuerdo a su género de los participantes, se les pedirá que encierren las partes del cuerpo que les agrada que</p>	<p>Será un trabajo individual, donde cada uno tendrá que poner atención y poner lo que piensa de manera personal.</p>	<p>Dibujo figura humana femenina y masculina en tamaño carta, plumones, colores y plumas.</p>	<p>Se busca hacer un análisis profundo de manera individual de cada dibujo, si existen casos que se considere hacer una entrevista mas profunda se hará al finalizar la sesión pero de manera privada.</p>

	les toquen y tacharán las que no.			
15 minutos	<p><b>Derechos.</b></p> <p>Se les mostraran dibujos alusivos al tema, se les explicara cuáles son algunas de las conductas de abuso que deben de evitar.</p> <p>Posteriormente se pedirá que pasen todos los integrantes del grupo a separar los dibujos que se refieran al tema de los derechos y los que se refieran a las conductas de abuso.</p> <p>Se utiliza la definición de abuso sexual expuesta en el libro Relaciones afectivas y sexualidad de Garvía Peñuelas (2011, p. 50), donde se entiende “por</p>	<p>Los participantes deberán de poner atención en los temas para que puedan identificarlos y hacer de manera correcta el ejercicio.</p>	<p>Dibujos alusivos a los derechos y situaciones de abuso.</p>	<p>Se examina si los participantes son conscientes de que son seres con derechos y que no es correcto que tengan conductas inadecuadas con ellos, además de que los conozcan para su beneficio.</p>

	abuso sexual cualquier actividad de explotación sexual y emocional de un menor o bien de una persona incapaz de comprender los matices sexuales de una relación y sus consecuencias.			
15 minutos	<p><b>Conductas de prevención.</b></p> <p>Esta actividad la facilitadora los separará en parejas y se les suministrará a cada una dos hojas de papel bond, donde dibujaran su silueta y encerraran las partes del cuerpo que son privadas y no deben de tocarlos otras personas que ellos no quieran.</p>	<p>Uno de los integrantes de cada pareja deberá de acostarse sobre la hoja de papel bond, para que el otro compañero con ayuda de un plumón trazará su cuerpo, posteriormente el que estuvo trazando ahora tomara el lugar</p>	<p>Hojas papel bond y colores.</p>	<p>Se sondeará al grupo para averiguar si tienen alguna duda acerca del tema y evaluar el nivel de conocimientos adquiridos hasta el momento en cuanto a materia de prevención.</p>

		del otro en una hoja de papel bond nueva y señalara cada quien en su propia silueta, las partes del cuerpo que son privadas y no deben de tocarlos otras personas que ellos no quieran.		
5 minutos	<p><b>Cerrar sesión.</b></p> <p>Se les preguntará a los participantes respondan a la siguiente pregunta</p> <p>¿Cómo se sintieron el día de hoy?</p> <p>¿Qué aprendieron?</p>	Los participantes deberán de ser participativos y contestar a las preguntas.	No aplica.	Se explora el nivel de empatía que hay sobre el grupo, además del dominio que tienen hasta el momento en el tema.

## Sexta sesión.

Objetivo	Nombre de la sesión: Enamoramiento.		Objetivo: Mostrarles que ellos también tienen derecho de tener relaciones afectivas.	
TIEMPOS	ACTIVIDADES DEL FACILITADOR	ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE	MATERIALES	EVALUACIÓN
3 minutos	<p><b>Bienvenida y llevar a cabo ejercicios de relajación.</b></p> <p>La facilitadora pedirá a los participantes que se levanten de sus sillas y que cierren sus ojos, tomen aire por la nariz y lo sostengan unos momentos para después expulsarlo suavemente, contando hasta cuatro, en cada fase, serán tres fases.</p>	<p>Prestarán atención a la facilitadora para llevar a cabo los ejercicios de respiración.</p>	No aplica.	Se busca que los participantes estén en relajados para que puedan tener un mejor desempeño durante la sesión.

5 minutos	<p><b>Conocer si ya han gozado algún tipo de relación sentimental.</b></p> <p>Se buscara hacer un sondeo con el grupo, sobre si ya han experimentado el tema de enamoramiento.</p>	<p>Responderá honestamente al cuestionamiento de la facilitadora.</p>	No aplica.	<p>Se busca evaluar el nivel de experiencia que tienen sobre el tema además de investigar sobre su opinión sobre este tema.</p>
20 minutos	<p><b>Definición y ejemplos del enamoramiento; así como también desestimar las relaciones fantasiosas que puedan tener y situarlos en la realidad.</b></p> <p>Aquí se otorgará información sobre el enamoramiento y se buscara que ellos aprendan a discernir en</p>	<p>Se pedirá a los participantes que se muestren activos y participativos que no les de pena hablar sobre el tema de ser preciso se les recordará que todo lo que ellos digan será tratado como confidencial.</p>	Proyector.	<p>Reconocer las experiencias del grupo así como sus propios conceptos que han formado sobre el tema del enamoramiento, sus opiniones al respecto, sus sentimientos y emociones.</p>

	<p>quienes podrían depositar su afecto y en quienes sólo podrían quedarse en el ámbito de la fantasía. Esto último se busca conseguir con el apoyo de ejemplificar experiencias que pueden ser tomadas desde la visión de la facilitadora o con los ejemplos que ellos mismos provean.</p>			
15 minutos	<p><b>Discernir entre que se puede hacer con su pareja, amigos, familia y desconocidos.</b></p> <p>Se empezará el tema preguntándoles cómo se comportan con un</p>	<p>Deberán de ser honestos y hablar acerca de los diferentes tipos de comportamientos que ellos tienen con cada uno de los diferentes tipos de</p>	Proyector.	<p>Se espera que construyan barreras de defensa a partir del conocimiento que ya tienen hasta este momento, además de que conozcan los riesgos a los que se pueden enfrentar si</p>



	<p>miembro de la familia, y preguntar lo mismo pero ahora con un desconocido, posteriormente y con ayuda de un proyector e imágenes que ejemplifiquen las distintas actitudes y conductas que debemos de presentar con los desconocidos, conocidos y familiares, etc.</p>	<p>relaciones sociales a los que están expuestos y de esta manera aprendan a que no todas las demostraciones de afecto se deben de realizar con cualquier persona.</p>		<p>tienen algún tipo de comportamiento inadecuado con alguna persona.</p>
12 minutos	<p><b>Reforzar lo aprendido por medio de juegos.</b></p> <p>Por medio del juego de la papa caliente se reforzará la información, se les dará la siguiente instrucción:</p>	<p>Deberán de contestar si es que se quedan con la pelota en la actividad, deberán de ser respetuosos y respetar los turnos de cada uno.</p>	Pelota.	<p>Se buscara reforzar y evaluar lo aprendido hasta el momento, además de evaluar de qué forma están asimilando la información dada.</p>

	<p>Pasaremos la pelota y cantaremos lo siguiente: “La papa caliente estaba en el sartén tenía mucho aceite quien se quemó, uno, dos y tres” y quien la tenga cuando se haya terminado la canción y digamos el número tres, él o ella dirá algún derecho sexual que recuerde.</p>			
5 minutos	<p><b>Cerrar sesión del día.</b></p> <p>Se les pedirá a los participantes que levantes la mano si tienen duda sobre algún tema, deberán de levantar la mano y se les contestara a los mismos.</p>	<p>Deberán expresar sus dudas si es que las tienen.</p>	<p>No aplica.</p>	<p>Conocer cómo se sienten con el tema, que tanto han aprendido y que dudas o inquietudes aún persisten.</p>

## Séptima sesión.

Objetivo	Nombre de la sesión: Manifestaciones de afecto, ¿Son para todos?		Objetivo: Hacer la separación de manifestaciones de afecto y a quienes está bien darlas y a quien no.	
TIEMPOS	ACTIVIDADES DEL FACILITADOR	ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE	MATERIALES	EVALUACIÓN
3 minutos	<b>Bienvenida y llevar a cabo ejercicios de relajación.</b> La facilitadora pedirá a los participantes que se levanten de sus sillas y que cierren sus ojos, tomen aire por la nariz y lo sostengan unos momentos para después expulsarlo suavemente, contando hasta cuatro, en cada fase, serán tres fases.	Prestaran atención a la facilitadora para llevar a cabo los ejercicios de respiración.	No aplica.	Se busca que los participantes estén en relajados para que puedan tener un mejor desempeño durante la sesión.
5 minutos	<b>Evaluar conocimientos.</b> La sesión empezará con un pequeño sondeo acerca de las manifestaciones de	Deberá de recordar los conceptos dados además de que ya	No aplica.	Evaluar nivel de dominio que se tiene sobre al tema.

	afecto.	habrá formado sus propios conceptos sobre el tema.		
20 minutos	<p><b>Reforzar los conocimientos adquiridos.</b></p> <p>Con ayuda de la realización de un cuadro comparativo se busca que el grupo refuerce y recuerde los conocimientos facilitados en la sesión anterior.</p> <p>Se dividirá el grupo en tres, será un grupo de cuatro y dos grupos de tres integrantes, se les entregara una hoja de papel bond a cada equipo, la cual harán un cuadro que posteriormente dividirán en tres secciones, en una sección deberán de recortar</p>	<p>Tendrá que participar en equipo y colaborar entre todos para poder recordar las diferencias de conducta que se deben de tener entre cada grupo social al que se enfrentaran.</p>	<p>Revistas, hojas de papel bond, tijeras, pegamento, hojas de colores, plumones y colores.</p>	<p>A partir de ejercicios de práctica medir el nivel de conocimientos adquiridos.</p>

	<p>y pegar imágenes que correspondan a como saludar a tus amigos. En otra sección pegaran imágenes que correspondan a como saludar a tu familia más cercana.</p> <p>Y por último como saludarían a un desconocido y de igual forma se pegaran en la sección sobrante del cuadro.</p> <p>Al terminar el cuadro cada equipo pasara a explicar porque coloco las imágenes en esa sección.</p>			
15 minutos	<p><b>Prevención.</b></p> <p>La facilitadora pedirá a los participantes que realicen un acto de psicodrama en la cual interpretaran conductas</p>	<p>Deberán de organizarse para hacer la recreación de escenas que ellos consideren</p>	No aplica.	<p>Se busca inferir de qué manera ellos podrían autoprotgerse y si saben diferenciar entre conductas de riesgo y conductas amigables,</p>

	<p>que ellos consideren adecuadas o inadecuadas, según la teoría dada y sus propias reflexiones del tema. Ella realizara servicio de asistencia hacia los participantes si es que así lo requieren o lo piden.</p>	<p>conductas adecuadas o inadecuadas respecto a las demostraciones de afecto.</p>		<p>además de que veremos cómo reaccionan si se afrontan a alguna conducta de ese tipo.</p>
2 minutos	<p><b>Cerrar sesión.</b></p> <p>En esta sesión se contestarán las dudas que hayan surgido en torno a la sesión.</p>	<p>Deberán de tornarse participativos y dinámicos.</p>	No aplica.	<p>Se evaluara participación, actitud además de conocimientos sobre el tema.</p>

## Octava sesión.

Objetivo.	Nombre de la sesión: Métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.		Objetivo: Enseñar al grupo qué son los métodos anticonceptivos y la correcta utilización de los métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.	
TIEMPOS	ACTIVIDADES DEL FACILITADOR	ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE	MATERIALES	EVALUACIÓN
3 minutos	<p><b>Bienvenida y llevar a cabo ejercicios de relajación.</b></p> <p>La facilitadora pedirá a los participantes que se levanten de sus sillas y que cierren sus ojos, tomen aire por la nariz y lo sostengan unos momentos para después expulsarlo suavemente, contando hasta cuatro, en cada fase, serán tres fases.</p>	<p>Prestarán atención a la facilitadora para llevar a cabo los ejercicios de respiración.</p>	No aplica.	<p>Se busca que los participantes estén en relajados para que puedan tener un mejor desempeño durante la sesión.</p>

20 minutos	<p><b>Derechos sexuales.</b></p> <p>Se dará a conocer los derechos sexuales que poseen como individuos, haciendo un fuerte hincapié en el hecho de que deben de tener muy en claro que toda decisión lleva una consecuencia y que deben de tener especial cuidado en las acciones que tomemos.</p> <p>Se entregara una impresión con la carta de los Derechos sexuales de los discapacitados (Shaked, 1981, citado por Torices, I.1997), en la cual se presentan los siguientes derechos;</p> <p>Derecho a la expresión sexual.</p> <p>Derecho a la intimidad.</p> <p>Derecho a ser informado</p>	<p>Deberá de focalizar su atención a la teoría primero y posteriormente participar en la práctica de los derechos.</p>	<p>Impresión de la carta de los Derechos sexuales de los discapacitados (Shaked, 1981, citado por Torices, I.1997)</p> <p>Proyector</p> <p>imágenes que describan sus diferentes derechos sexuales.</p>	<p>En esta sesión se rastrea el grado de comprensión de los estudiantes referente al tema dado, además de que se busca crear reflexión y que sea punto de discusión entre el participante y su familia.</p>
------------	---	--	---	---



<p>sobre su sexualidad.</p> <p>Derecho de acceso a los servicios de salud necesarios.</p> <p>Derecho a escoger el estado civil que más le convenga.</p> <p>Derecho a procrear o no.</p> <p>Derecho a tomas de decisiones que afecten la vida de cada persona en particular.</p> <p>Derecho de oportunidad de desarrollar todo el potencial del individuo.</p> <p>Para que puedan tener una plena visión de sus derechos para ejercer una vida sexual plena, satisfactoria, responsable y respetuosa con ellos mismos y con otros.</p> <p>Aunado a la impresión también realizará una</p>			
--	--	--	--

	<p>práctica para robustecer el tema, en la cual se proyectaran imágenes que describan sus diferentes derechos sexuales y ellos trataran de identificarlos.</p>			
10 minutos	<p><b>Enseñar los diferentes métodos anticonceptivos.</b></p> <p>La facilitadora con apoyo de imágenes que serán proyectadas, les mostrará los diversos métodos de control natal que existen en la actualidad; en este apartado pondremos mayor énfasis en las pastillas anticonceptivas, condón femenino y masculino y DIU, ya que se considera según información tomada de la OMS, en su nota descriptiva N°351</p>	<p>Deberá de prestar atención a la información que se le está compartiendo, de igual manera si tiene dudas expresarlas siempre y cuando levante la mano.</p>	<p>Proyector.</p>	<p>Aprendizaje de los conceptos teóricos de los métodos a los que se les dio mayor énfasis en el tema.</p>

	Planificación familiar, son los métodos con mayor eficacia.			
10 minutos	<p><b>Enseñar de manera práctica, el correcto uso del condón.</b></p> <p>Se les otorgará a cada participante un pepino y un condón, la facilitadora también tendrá el mismo material, y será quien ejemplificara la actividad, paso por paso del correcto uso del preservativo, posteriormente les instruirá a quea da uno lo haga y se les ayudara si es que lo requieren o lo solicitan.</p>	Deberá de participar en la práctica y pedir asistencia si así lo requiere.	Preservativos y Pepinos.	Se evaluarán las habilidades en la práctica.

15 minutos	<p>Enfermedades de transmisión sexual y consecuencias de no utilizar métodos anticonceptivos.</p> <p>Con ayuda de un proyector y una presentación acerca de algunos ejemplos de enfermedades sexuales, en este caso se toman las siguientes: Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y herpes genital, se explicaran de manera concreta y breve su definición, y se hará mayor énfasis en la vital importancia de ser responsable en la ejecución de relaciones coitales.</p>	<p>Deberán de presentar sus dudas si es que las presenta además de que si tiene algún referente previo podrá expresarlo si así lo desea.</p>	<p>Proyector y presentación sobre las enfermedades de transmisión sexual.</p>	
------------	--	--	---	--

10 minutos	<p><b>Reforzar lo visto en esta sesión.</b></p> <p>Con ayuda de la actividad denominada Coctel de frutas, se buscara hacer una evaluación del tema de esta sesión, la facilitadora con apoyo de los participantes pondrá las sillas en forma de un circulo y posteriormente se les asignara una fruta de manera azarosa, la facilitadora dirá el nombre de una fruta y los participantes a los que se les haya designado esa fruta deberán de levantarse y cambiarse de lugar rápidamente, pero de manera cuidadosa para evitar accidentes, él participante que no alcance lugar y se</p>	<p>Habrán de poner atención a la fruta que se les designo y mencionar un una enfermedad de trasmisión sexual o un método anticonceptivo.</p>	Sillas.	<p>Se busca hacer una evaluación del conocimiento adquirido.</p>
------------	---	--	---------	--

	quede parado tendrá que mencionar una enfermedad de transmisión sexual o un método anticonceptivo.			
5 minutos	<p><b>Contestar interrogantes que exterioricen.</b></p> <p>Se les hará la invitación a que expresen todas las dudas, comentarios, quejas, felicitaciones, etc. Que les hayan surgido durante el taller.</p>	Deberán de ser participativos y abiertos a expresar las dudas que posean.	No aplica.	Evaluar el nivel de conocimiento adquirido durante el taller, además de observar si hubo algún cambio en la manera de pensar y de actuar en los participantes.
2 minutos	<p><b>Cerrar sesión.</b></p> <p>Se concluye el taller dándoles las gracias a los participantes.</p>	No aplica.	No aplica.	No aplica.

PROPUESTA TALLER PARA ORIENTACION AL ACOMPAÑANTE O TUTOR LEGAL  
DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD.

Novena sesión.

Objetivo	Nombre de la sesión: ¿Mis hijos también son seres sexuales?		Objetivo: Desmitificar lo relacionado con la sexualidad de sus hijos, responder dudas para que a partir de aquí ellos faciliten herramientas para sus hijos.	
TIEMPOS	ACTIVIDADES DEL FACILITADOR	ACTIVIDADES DEL PADRE O TUTOR	MATERIALES	EVALUACIÓN
5 minutos	<b>Bienvenida.</b> Presentación de la ponente y objetivo del taller.	No aplica.	No aplica.	No aplica.
5 minutos.	<b>Informativa.</b> La facilitadora les suministrara una impresión en	Los padres deberán de guardar la impresión proporcionada además de que deberán de mostrarse	Se les dará una impresión con los objetivos generales del	Evaluación de su apertura hacia el tema, interés,

	<p>la que vendrán plasmados los objetivos generales del taller así como las regularidades del mismo. Hacerles del conocimiento acerca de los temas que tocaremos con sus hijos y que comenten si les gustaría agregar alguno más o si no están de acuerdo con alguno. Darles los temas que contendrá el taller de sus hijos.</p>	<p>participativos en cuanto a la petición de ideas para que si ellos lo creen prudente agregar más temas de interés al taller, y si esta en las posibilidades y se adapta al tiempo adaptarlas y agregarlas a la planeación del taller.</p>	<p>taller así como las regularidades del mismo.</p>	<p>conocimientos previos, prejuicios, actitud e interés.</p>
--	--	---	---	--



15 minutos	<p><b>Hacer empatía con el grupo.</b></p> <p>Se realizará un ejercicio de presentación entre los participantes del taller.</p> <p>La facilitadora les dará la siguiente indicación</p> <p>Quiero que vayan pensando en un animal o cosa que empiece con la inicial de su nombre y dirán la siguiente frase: Yo soy Viridiana y</p>	<p>Los participantes deberán de poner atención para el desarrollo de esta actividad, aunado a que funcionada para que se conozcan entre ellos.</p>	No aplica.	<p>Se busca que los participantes construyan empatía entre ellos y la facilitadora además de que esta actividad fomentará un ambiente más ameno.</p>
------------	--	--	------------	--

	llevaré un venado en mi maleta y el siguiente dirá ella es Viridiana y llevará un venado en su maleta, yo soy X y llevare X y así sucesivamente.			
5 minutos	<p><b>Evaluar conocimientos sobre el tema.</b></p> <p>Se realizará una lluvia de ideas para saber que tanto conocen del tema sexualidad.</p>	Deberán de mostrarse participativos y dar su opinión sobre el tema tratado.	Plumones y pizarrón.	Se evaluará su participación y su estimulación de participar en el taller.

20 minutos	<p><b>Dar conceptos precisos del tema.</b></p> <p>Utilizando las ideas dadas por la lluvia de ideas que se realiza con los participantes, Se les mencionará que realicen una comparación de lo que ellos dijeron y con el concepto de sexualidad que se les dará a continuación.</p> <p>Sexualidad es un tema que rodea a todos desde que se nace, al momento de</p>	<p>Podrá anotar las definiciones de cada uno de los conceptos si es que así lo desea para que pueda ensanchar sus conocimientos sobre el tema.</p>	<p>Proyector y presentación en PowerPoint de los temas concernientes a esta sesión, que serán sexualidad, sexo, relaciones coitales y género</p>	<p>Se busca que los participantes engrosen sus conocimientos previos acerca de los temas de esta sesión, además de que despejen o generen dudas, para que podamos debatirlas posteriormente.</p>
------------	--	--	--	--

<p>tener una asignación de sexo, de género, de identidad sexual, orientación, etc.</p> <p>La sexualidad rodeará toda vida y va más allá de las relaciones coitales.</p> <p>Se les darán los diferentes conceptos utilizando las definiciones dadas por Cano y Di Bari (2010, p. 11).:</p> <p>Sexo, que habla de los órganos femeninos y masculinos.</p>			
---	--	--	--

	<p>Relaciones coitales: que es la penetración. Género: “es la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. Sera el grado de identificación ya sea masculina o femenina o ambas”</p>			
15 minutos	<p><b>Proceso de desarrollo biológico en su hijo.</b>  La facilitadora</p>	<p>Deberán de prestar atención a la presentación y si quieren agregar alguna opinión deberá de ser de manera ordenada y levantando la mano.</p>	<p>Proyector e imágenes del cuerpo humano femenino y masculino que representen los</p>	<p>Explorar las dudas o conocimientos previos de los padres.</p>

	<p>proyectará dos imágenes donde se describirán cada uno de los cambios físicos que sus hijos padecerán durante su desarrollo biológico, puntualizando que en algunos casos será diferente debido a las particularidades de su discapacidad.</p>		<p>cambios que tendrán sus hijos en la pubertad.</p>	
10 minutos	<p><b>Poder resolver dudas de los padres.</b></p> <p>Después de lo</p>	<p>Deberán de mostrarse perceptivos, respetuosos, y participativos.</p>	<p>No aplica.</p>	<p>Se busca crear empatía entre los participantes y que las experiencias</p>

	<p>visto en esta primera parte de la sesión se les pedirá a los participantes que compartan dudas y experiencias sobre los temas alcanzados hasta ahora en la sesión.</p>			<p>que compartan puedan servir de apoyo o guía a otro participante.</p>
<p><b>Receso de 10 minutos</b></p>				
10 minutos	<p><b>Afectividad familiar y lazos de confianza.</b></p> <p>Se les proporcionará información</p>	<p>Deberán de mostrarse participativos y objetivos en el tema, además de que pueden compartir experiencias y comentarios acerca del tema.</p>	No aplica.	<p>Sensibilizar a los participantes y que modifiquen su manera de actuar y de ser con sus hijos,</p>

	<p>acerca de la importancia de los lazos afectivos y que fomenten la confianza entre ellos y sus hijos.</p> <p>Además de que se les animara a que sean más abiertos a escuchar a sus hijos, que no juzguen sus comportamientos que traten de generar empatía con ellos.</p>			<p>que reflexionen acerca de la importancia de crear lazos de comunicación efectivos.</p>
20 minutos	<p><b>Dar información acerca de la masturbación.</b></p>	<p>Los participantes deberán de prestar atención a la presentación y posterior a la presentación de PowerPoint decir sus</p>	<p>Proyector y presentación de power point.</p>	<p>Exploración de nivel de conocimientos, dudas e inquietudes que</p>



	<p>Se les facilitará información acerca de las conductas privadas y públicas.</p> <p>Entendiendo como privadas como conductas que se deben de realizar en espacios propios, sin personas alrededor, y como públicas entenderemos a conductas que podemos realizar en espacios con mucha gente, espacios donde podemos convivir.</p>	<p>dudas e inquietudes.</p>		<p>se tengan del tema además de que a partir de los comentarios podemos dar cuenta de cómo ellos manejan este tema, o si no había sido de interés para ellos.</p>
--	---	-----------------------------	--	---

5 minutos	<p><b>Cierre de la sesión.</b></p> <p>Se les pedirá a los padres que respondan a las siguientes preguntas:</p> <p>¿Qué aprendí el día de hoy?</p> <p>¿Cómo me he sentido en el día de hoy?</p> <p>¿Creen que la manera de abordarlo es buena?</p> <p>¿Qué cambiarían?</p>	Que los padres den su sentir hacia el tema y hacia la facilitadora.	No aplica.	Evaluar nivel de comodidad hacia el tema, si existieron emociones de desagrado, incomodidad o agrado hacia el tema y manera de presentarlo.
-----------	---	---	------------	---

Decima sesión.

Objetivo	Nombre de la sesión: ¿La comunicación qué onda con eso?		Objetivo: Proporcionar herramientas a los padres de familia para poder hablar de sexualidad con sus hijos.	
TIEMPOS	ACTIVIDADES DEL FACILITADOR	ACTIVIDADES DEL PADRE O TUTOR	MATERIALES	EVALUACIÓN
3 minutos	<b>Bienvenida.</b>		No aplica.	
22 minutos.	<p><b>Evaluación de experiencia sobre el tema.</b></p> <p>Se realizara un sondeo sobre si existe comunicación del tema de sexualidad con sus hijos.</p> <p>La facilitadora les lanzara a los padres las siguientes preguntas, para que puedan entre ellos</p>	Interactuar y ser un participante activo.	No aplica.	Se busca que compartan experiencias con sus iguales (padres de familia con hijos discapacitados) en cuanto al manejo del tema tratado, y que a partir de intercambiar técnicas e ideas se pueda

	<p>empezar a compartir sus experiencias.</p> <p>Quiero que me digan ¿cuantos de ustedes hablan de sexualidad con sus hijos?</p> <p>¿Qué temas de la sexualidad tocan cuando hablan con ellos?</p> <p>¿De qué manera les explican?</p>			<p>construir un mejor método de intervención con sus hijos.</p>
15 minutos	<p><b>Reflexionar.</b></p> <p>La facilitadora les pedirá que se ofrezcan de voluntarios, porque se llevara a cabo un dinámica de psicodrama, al tener a los participantes se les asignara un rol de hijo, padre o</p>	<p>Deberán de actuar conforme al rol que se les dio, y con la situación que se les asigno.</p>	No aplica	<p>Evaluar de qué manera reaccionan los padres al hablar de relaciones coitales, con otro que tiene la asignación de rol de su hijo. Además de que podremos</p>

	<p>madre, con el fin de que se pongan en los zapatos del otro de manera azarosa asignare.</p> <p>Los que estén en el papel de hijos, escucharan a los que tengan el rol de padres, y pondrán las caras, gesticularan o dirán frases que ellos atañen a la personalidad de sus hijos, pero ellos no preguntaran ni dirán nada más, solo escucharan a los que tengan el rol de padres o madres, ellos tendrán la tarea de explicarles a sus hijos referente a las</p>			<p>explorar de qué manera lo hacen y si proporcionan la información de manera correcta y sin tabúes.</p>
--	---	--	--	--

	relaciones coitales.			
30 minutos	<p><b>Crear conciencia.</b></p> <p>Enseñarles lo indispensable que es que reciban educación sexual en esta sección del curso la facilitadora les presentara partes de la película “Gabrielle” , donde sobresalgan extractos que denoten la importancia de que sus hijos tengan una adecuada formación respecto a la salud sexual y reproductiva.</p>		Proyector y presentación.	Se busca que los padres reflexionen sobre el tema que se ha ido tratando además de que puedan verlo retratado con iguales a su hijo.

<b>Receso 10 minutos</b>				
30 minutos	<p><b>Debate.</b></p> <p>Se realizará un debate donde se pondrán como puntos base, los siguientes temas: Matrimonio y paternidad entre discapacitados y homosexualismo.</p>	<p>Deberán de ser tolerantes y respetuosos con todo el grupo y sus opiniones, además de ser activos en su participación.</p>	No aplica.	<p>Se busca conocer las diferentes posturas entre los padres además de que se espera a que el intercambio de posturas ayude a que formen una nueva visión del tema.</p>
10 minutos	<p><b>Cierre del taller.</b></p> <p>La facilitadora les agradecerá por su participación y se les ofrecerá un pequeño refrigerio para que</p>		No aplica.	

	socialicen y compartan los participantes.			
--	---	--	--	--



## CONCLUSIONES.

A continuación se presentaran las conclusiones que fueron obtenidas durante el proceso de investigación de la presente tesina.

El objetivo general que es implementar talleres que informen a las personas que presenten Discapacidad Cognitiva, en los niveles leve y moderado, acerca del tema de sexualidad y salud reproductiva en la Ciudad de México se logra mediante la creación de un programa en que se toma en consideración puntos importantes en el desarrollo de una sexualidad plena.

Las metas específicas también se consuman en la misma creación del Programa que tiene como finalidad bajar índices de embarazos no deseados, transmisión de enfermedades de índole sexual, abusos, violaciones, es decir se pretende hacer un control de las desviaciones sexuales que se puedan presentar daño en alguna persona.

Se busca fomentar sensibilización en la población además crear conciencia en la población mexicana, para que incremente el respeto a la plena acción de la sexualidad de todos los individuos.

A lo largo de la creación del presente trabajo se pudo observar que no existe mucho material sobre el tema que compete al trabajo, son los mismos autores que repetidamente mencionan el sus textos lo imperativo es la creación de talleres que distribuyan información al respecto.

Mucho se repite la idea de desarrollar programas que contribuyan al tema pero se quedan en buenos deseos solamente, porque es claro ante la falta de material que es muy poco el interés del Estado, Instituciones, Fundaciones, profesionales en el campo, de querer crear apoyo al respecto, es increíble que al vivir en un momento donde la tecnología avanza a pasos agigantados en otros ámbitos se ve marcada la desinformación y educación caduca y prejuiciosa.

En algunos países desarrollados ya se aplican talleres de estas características, puesto que han visto que es un problema de índole social que debe de ser atendido como parte de la atención que se le debe de brindar a todos los ciudadanos por igual.

La sexualidad en general, es un tema tabú, poco a poco se han ido rompiendo esas barreras, falta mucho por hacer, se debe de empezar realizando cambios en la propia persona, deshaciéndose de sus prejuicios y barreras que se puedan tener, las pequeñas acciones generaran grandes cambios y se espera que esta tesina tenga esa finalidad.

Se debe de sensibilizar a la población y a las Instituciones que es importante ver al ser humano completo, no seccionado ni coartado en ninguna de sus áreas, pues si bien es importante el área que promueva la salud física, también es importante ver el lado “humano” por así decirlo de la persona, las personas con discapacidad también tienen sentimientos, sensaciones, gustan de ser tocados y tocarse, vivir experiencias con una pareja, tener amigos y disfrutar de su sexualidad y su cuerpo.

Las entidades gubernamental deberían de ser las primeras en ser creadoras de proyectos que favorezcan la digna vida de sus ciudadanos, en México son muy pocas las que cuentan con información del tema, y esto no es exclusivo de estas entidades, sus propios trabajadores no muestran interés ni sensibilidad hacia el tema.

Un ejemplo de esta penosa situación ocurrió en la visita del autor a la CNDHDF, buscando información acerca de este tema, y se encontró que existe material lúdico, pancartas, imágenes y todo tipo de material de representaciones de los derechos sexuales de mujeres, hombres, adolescentes y al notar esta diferenciación entre los diferentes personajes mencionados con anterioridad, se le cuestiono a la encargada el por qué de la misma, y la respuesta que se obtuvo fue se había realizado de esta manera porque se habían tomado características y necesidades propias de cada grupo.

Al observar esa división se le volvió a cuestionar pero ahora en relación a los derechos sexuales de las personas con discapacidad, ella dijo que tal cosa no existía, se puede distinguir desde esa visión que el gobierno mexicano junto a sus entidades federativas no han tomado cartas en el asunto, un asunto de índole de salud pública.

Algunas fundaciones que se han especializado en el tema discapacidad han tratado de crear programas para dignificar la vida de esta comunidad y empieza a realizar investigaciones por iniciativa propia, porque es un tema que no puede ser cubierto ni ignorado.

La adquisición de conocimiento, transmisión y asimilación del conocimiento que favorezca la salud de una persona es imperativa y obligatoria de ofrecer a cualquier persona.

Finalmente se concluye que gracias al material obtenido lo único que se puede hacer es seguir investigando sobre el tema, cada profesionalista, en este caso los Psicólogos deben de crear y mejorar material que complemente el que ya se tiene.

## REFERENCIAS.

Alález, M., Madrid, J. y Antona, A. (2003). Adolescencia y Salud. *Papeles del Psicólogo*, 23(84), 45-53.

Recuperado de

[http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38527885/77808405.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1471638684&Signature=jxnwkPzsxrAH9aL%2FuAJ9cuH%2BPY%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DAolescencia\\_y\\_salud.pdf](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38527885/77808405.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1471638684&Signature=jxnwkPzsxrAH9aL%2FuAJ9cuH%2BPY%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DAolescencia_y_salud.pdf)

Amaro, M. (2005). Sexualidad y bioética. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21(1-2), 1-11. Recuperado de

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421252005000100015&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252005000100015&lng=es&tlng=es)

Amor Pan, J. (1997). *Afectividad y sexualidad en la persona con deficiencia mental*. España: Universidad Pontificia Comillas.

Arias, A. (2000). *El alumno con discapacidad intelectual en el marco de la integración educativa*. (Tesis de licenciatura), Escuela Normal de Especialización, Ciudad de México, México.

Arnáiz, P. (1999). Curriculum y atención a la diversidad. En: M. A., Verdugo y F. De Borja (comp). *Hacia una nueva concepción de la discapacidad: Actas de las III*

*Jornadas científicas de investigación sobre las personas con discapacidad* (pp. 39-61).

Salamanca, España: Amaru.

Asociación Americana de Psiquiatra. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington: Autor.

Asociación Americana de Psiquiatra. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (4ª ed.) Washington, DC: Autor.

Asociación Americana sobre el Retraso Mental AAMR. (2002). *Retraso mental definición, clasificación y sistemas de apoyo*. (10ª ed.).Madrid: Autor/Alianza.

Barragán, F. (1991). *La educación sexual: Guía teórica y práctica*. Barcelona: Paidós.

Baxley, D. y Zendell, A. (2005). *La sexualidad a lo largo del transcurso de la vida: Educación sobre sexualidad para niños y adolescentes con discapacidades del desarrollo. Manual de instrucciones para personas con discapacidades del desarrollo para los padres de familia o cuidadores de dichas personas*. Florida: DD.

Boissonneault, D. (Noviembre, 2014). En: S. García (Presidenta).*Sexualidad y salud reproductiva en las personas con síndrome de Down*. Fundación John Langdon Down, Ciudad de México.

Booth, T., Ainscow, M., Black-Hawkins, K., Vaughan, M. y Shaw, L. (2000). *Desarrollando el aprendizaje y la participación en las escuelas*.

(A.L. López Trads). Bristol, Reino Unido: Centre for Studies on Inclusive Education (CSEI).

Cano, F. y Di Bari, A. (2010). *Equidad de género en el aula*. México: Secretaría de Educación Pública.

Caricote, E. (2012). La sexualidad en la discapacidad intelectual. *Revista Venezolana de Educación Educere*, 55 (16), pp. 395-402. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35626140020>

Casarella, J., Duacastella, C., Schorr, A., Filodoro, N. y Antonini, M. (2005). *Sexualidad y discapacidad*. En: J. Tallis (comp). Argentina: Miño y Dávila.

Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad. (1999). *CIDDM-2: Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad. Borrador Beta 2, Versión Completa*. Recuperado de <http://www.sustainable-design.ie/arch/Beta2fullspanish.pdf>

Dell' Anno, A., Corbacho, M. y Serrat, M. (2004). *Alternativas de la diversidad social: las personas con discapacidad*. Buenos aires: Espacio.

Desarrollo Integral de la Familia y Secretaria de Salud. (2000). *Salud sexual y reproductiva en personas con discapacidad*. México: Autor.

Diario Oficial de la Federación. (10-06-2011). DECRETO por el que se modifica la denominación del Capítulo I del Título Primero y reforma diversos artículos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado de

[http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5194486&fecha=10/06/2011](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194486&fecha=10/06/2011)

Diario Oficial de la Federación. (30-05-2011). Ley general para la inclusión de las personas con discapacidad. *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado de

[http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5191516&fecha=30/05/2011](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5191516&fecha=30/05/2011)

Dirección de Educación Especial. (2010). *Memorias y actualidad en la educación Especial en México: Una visión histórica de sus Modelos de Atención*. México: Autor.

Dirección General de Servicios Médicos de la Universidad Nacional Autónoma de México. (2008). *Cápsulas para la vida*. México: Autor.

Edwards, J. y Elkins, T. (1988). *Nuestra sexualidad por una vida afectiva y sexual normalizada*. Barcelona: MILAN.



Egea, C. y Sarabia, A. (2001). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad*, volumen 50, 15-30. Recuperado de

[http://sid.usal.es/idocs/F8/ART6594/clasificacion\\_oms.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/ART6594/clasificacion_oms.pdf)

El Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2010). *Salud sexual y reproductiva en poblaciones indígenas y afrodescendientes*. Recuperado de.

[http://www.unfpa.org.mx/ssr\\_indigenas.php](http://www.unfpa.org.mx/ssr_indigenas.php)

Esquirol, E. (1856). *Tratado completo de las enajenaciones mentales consideradas bajo su aspecto médico, higiénico y médico-legal*. Madrid: Librería de Don León Pablo Villaverde. Reditado por Extramuros (2007). España.

Fernández- Cid, M. (2012). *Diversidad intelectual*. España: Síntesis.

Fisher, H., Krajicek, M. y Borthich, W. (1975). *Educación sexual del deficiente mental: Guía para padres, maestros y profesionales*. España: Fontanella.

Freire, B. (1986). *Estudio sobre la sexualidad del deficiente mental*. Pamplona, España: GRAFINASA.

Freud, S. (1988). *Ensayos sobre la vida sexual y la teoría de la neurosis*. Madrid: Alianza.

Garvía, B. (2011). *Relaciones afectivas y sexualidad*. Barcelona: Fundación Catalana del Síndrome de Down (FCSD).

González, J. (2003). *Discapacidad intelectual un concepto de evaluación e intervención psicopedagógica*. Madrid: CCS.

Hiriart, V. (1999). *Educación sexual en la escuela: guía para el orientador de púberes y adolescentes*. México: Paidós.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2001). *Presencia del tema de discapacidad en la información estadística marco teórico-metodológico*.

Recuperado de [www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/.../censos/marcoteorico3.pd](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/.../censos/marcoteorico3.pd)

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2010). *Censo de población y vivienda. Tabulados del cuestionario ampliado: derivado de la sentencia emitida por el pleno de la suprema corte de justicia de la nación respecto a la controversia constitucional 41/2011, se ajustan, con fecha 24 de mayo de 2013, todos los resultados del censo de población y vivienda 2010 para los municipios de Tultepec, Nextlalpan y Tultitlán, estado de México*. Recuperado de [http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/exportaindicadores.aspx?e=9&mun=0&ent=distrito\\_federal&nmun=total\\_estatal&lang=es&src=0&sec=0](http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/exportaindicadores.aspx?e=9&mun=0&ent=distrito_federal&nmun=total_estatal&lang=es&src=0&sec=0)

Katchadourian, H. (2010). *Las sexualidad humana un estudio comparativo de su evolución*. (8ª ed.). México: FCE.

Katz, G., Rangel G. y Lazcano, E. (2010). *Discapacidad intelectual*. México: M.C Graw Hill.

López, H. (2010). *La sexualidad: una construcción social*. Colombia: Universidad Pontificia Bolivariana.

Organización Mundial de la Salud. (1975). *Instrucciones y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: Formación de profesionales de la salud*. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38329/1/WHO\\_TRS\\_572\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38329/1/WHO_TRS_572_spa.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo*. Recuperado de <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2015) .*Planificación familiar*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Discapacidad y salud. Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>

Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad. (2009).*Por un México incluyente: Construyendo alianzas para el ejercicio pleno de los derechos de las personas con discapacidad*. Recuperado de [http://www.educacionespecial.sep.gob.mx/pdf/issuu/pronaddis\\_2009\\_2012.pdf](http://www.educacionespecial.sep.gob.mx/pdf/issuu/pronaddis_2009_2012.pdf)

Real Lengua Española. (2012). *Diccionario de la Real Academia Española* [versión electrónica]. Madrid: Diccionario de la Real Academia Española Inc., <http://dle.rae.es/?w=diccionario>

Roces, C. (2009). Capítulo II: Discapacidad intelectual: Conceptos y tipos. En C. Rocés (comp), *Discapacidad Intelectual*. (29-42). Oviedo, Asturias: Universidad de Oviedo.

Rodarte, I. (1997). *Sexualidad en los discapacitados*. México: Ducere.

Rodríguez de la Vega, M. y Gómez, L. (1984). *Educación sexual en la educación especial: formación básica para maestros*. México: Dirección General de Educación Especial.

Secretaría de Salud. (2001). *Programa de Acción: Salud Reproductiva*. México: Autor.

Tallis, J., Casarella, J. y Grañana, N. (2006). *Trastornos psicopatológicos y comportamentales en el retardo mental*. Argentina: Miño y Dávila.

Torices, I. (1997). *La sexualidad en los discapacitados*. México: Ducere.

Vera-Gamboa, L. (1998). Historia de la sexualidad. *Revista Biomédica*, 9 (2) ,116-121.

Villar, F. (2003). *Perspectiva constructivista de Piaget*. Barcelona: Universidad de Barcelona.

Weeks, J. (1998). *Sexualidad*. México: Paidós Mexicana, S.A.

Zardel, B. (2010). *La discapacidad como una figura de discriminación en la modernidad. De la historia a las prácticas vigentes*. (Tesis doctoral), Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.

## ANEXO 1

## Evaluación diagnóstica para individuos con discapacidad.

Formato que se les aplicara a los niños para evaluar el nivel de conocimiento acerca de género, sexo sexualidad y desarrollo de su propio cuerpo.

¿Qué eres tú un niño o una niña?

---

¿Cuándo seas mayor serás un hombre o una mujer?

---

¿Qué es tu padre, un hombre o una mujer?

---

¿Qué es tu madre, un hombre o una mujer?

---

¿Pertenece al género femenino o masculino?

---

¿Conoces las partes del cuerpo humano?

---

¿Cuáles conoces?

-----

¿Sabes dónde se encuentran?

-----

ANOTAR PARTES DEL CUERPO QUE MENCIONÓ	NOMBRO CORRECTAMENTE	SEÑALO

¿Sabes qué pasará cuando seas adolescente?

-----

¿Tus papas, familiares, maestros, amigos hablan contigo acerca de tu sexualidad?

-----

## ANEXO 2.

## Cuestionario a padres.

Cuestionario que se aplicara a los padres con el fin de conocer el nivel de información con que contaban antes y después del taller.

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de preguntas, las cuales usted deberá contestar de manera veraz. La información que nos brinde será CONFIDENCIAL por lo que le pedimos conteste con la verdad y la mayor confianza posible.

El presente cuestionario tiene la finalidad de conocer cuánto sabe acerca de salud sexual y reproductiva.

¿Cree usted que las personas discapacitadas deben de recibir educación sexual?

\_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Juzga usted que su hijo tiene instintos sexuales?

\_\_\_\_\_

¿Los niños con Discapacidad intelectual pueden experimentar los trastornos emocionales característicos de la adolescencia?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Las niñas y mujeres con DI tienen períodos menstruales normales?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿El desarrollo biológico de su hijo es más retardado de lo normal?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cree usted que la esterilización es la única opción de control natal para los discapacitados?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Opina que su hijo en algún momento le pedirá salir con sus amigos?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Usted cree que su hijo podrá convertirse en un ser independiente?



---

---

Sabe usted, ¿Qué es el abuso sexual?

---

---

¿Quiénes considera que son las personas más susceptibles a sufrir un abuso o violación?

---

---

¿Las personas con discapacidad se pueden enamorar?

---

---

¿Está bien que los niños discapacitados sean muy sociables o deberían de quedarse casa?

---

---

¿Por qué?

---

---

¿Qué métodos anticonceptivos conoce?

---

---

Menciona 3 medidas para prevenir el abuso sexual infantil.

---

---

¿Qué son las relaciones coitales?

---

---

¿Habla usted con su hijo de relaciones coitales?

---

---

¿Su hijo tiene derechos reproductivos?

---

---

¿Conoce alguno?

---

---

¿Cree usted que las personas discapacitadas deben casarse?

---

---